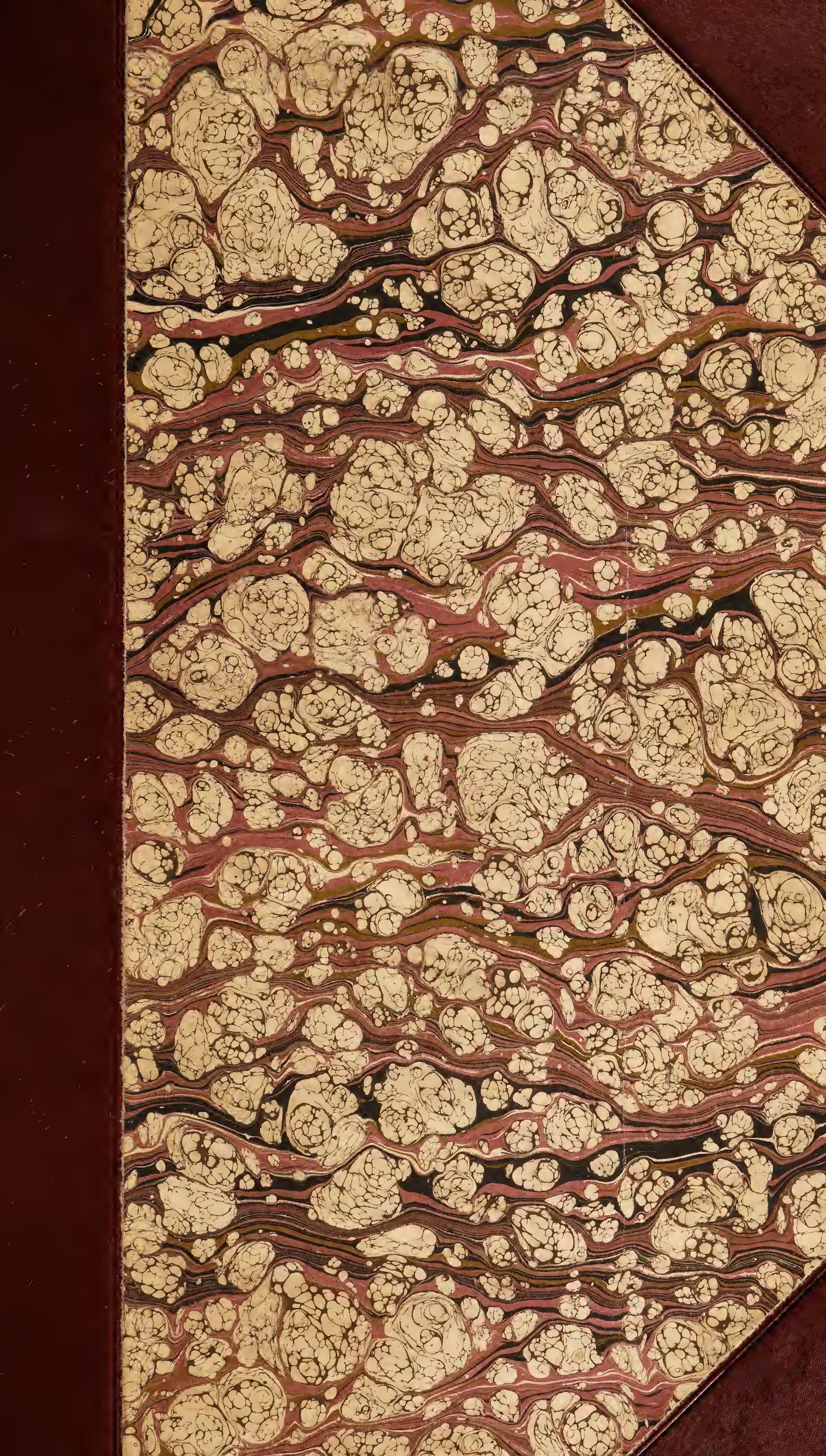




BIBLIOTECA

DI

MEDICINA E CHIRURGIA

PRATICA

CLASSE MEDICA

MILANO

PER PAOLO ANDREA MOLINA

Contrada dei Bossi, num. 1756.

MDCCCXXXII.

CLINICA MEDICA

OSSIA

RACCOLTA D'OSSERVAZIONI

FATTE

ALLO SPEDALE DELLA CARITA

(Clinica di Lerminier)

DA G. ANDRAL

PROFESSORE ALLA FACOLTA DI MEDICINA DI PARIGI
MEMBRO DELL'ACCADEMIA REALE DI MEDICINA,
DEL CONSIGLIO DI SANITA, DELL'UFFICIO CENTRALE DEGLI SPEDALI ECC.

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA
SULLA SECONDA EDIZIONE FRANCESE (1829)

DI ERNESTO RUSCA

DOTTORE IN MEDICINA E CHIRURGIA, GIA ASSISTENTE ALLA CLINICA MEDICA PEI CHIRURGHI PRESSO L' IMP. R. UNIVERSITA DI PAVIA, ORA MEDICO-CHIRURGO TEMPORANEO DELL' ORFANOTROFIO DEI MASCHI IN MILANO

VOLUME QUARTO

Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quamplurimas et morborum, et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.
Morgagni, De sed. et caus. morb., lib. IV, PROŒM.

MILANO
coi tipi di Paolo Andrea Molina
contrada dei Bossi, num. 1756
1832.

CLINICA MEDICA

OSSERVAZIONI

SU LE MALATTIE

DELL' ADDOMINE

CONTINUAZIONE DEL

LIBRO I.

MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE.

SEZIONE SECONDA

MALATTIE APIRETICHE DEL TUBO DIGERENTE.

Nel secondo volume della *Clinica*, abbiamo già pubblicato delle osservazioni sopra un certo numero di stati morbosi del tubo digerente che non sono punto accompagnati da febbre, ed hanno un andamento cro-

nico. Sarà d' uopo confrontare con queste osservazioni quelle ricerche i cui risultamenti verranno da noi esposti in ciò che qui segue:

CAPITOLO PRIMO

OSSERVAZIONI SU LA GASTRITE CRONICA.

Col termine generico di *gastrite cronica*, noi comprendiamo molte alterazioni che vengono ordinariamente descritte quai malattie affatto speciali come, per esempio, il cancro dello stomaco. Se infatti queste alterazioni sembrano essere differentissime fra di loro sotto l' aspetto de' loro caratteri anatomici, esse si avvicinano e si confondono veramente, sia per sintomi che svelano la loro esistenza e che non appartengono esclusivamente più all' una che all' altra, sia per la natura delle cause occasionali che loro danno nascimento, e che, per tutte sono identiche, sia finalmente per la cura che vuol essere in ciascuna la stessa. Se adunque queste varie alterazioni debbon essere, a buona ragione, distinte fra di sè giusta non solo la loro forma e la loro tessitura variata, ma soprattutto giusta i loro diversi gradi di curabilità, non è meno vero che, prese al loro punto di partenza, presentano tutte un elemento comune importantissimo, vale a dire, l' irritazione che le precede e le accompagna nel loro sviluppamento. Il termine generico di *gastrite* sotto cui noi comprendiamo sì varie alterazioni di tessitura, non sembraci d' altronde utile, se non in quanto esso rammenta la causa generale e il luogo comune di queste alterazioni. Ma la questione non limitasi a questo; dopo aver côlto il punto per cui quelle alterazioni si

avvicinano; punto capitale, giacchè ad esso si rapporta il metodo terapeutico, è mestieri scoprire la causa delle loro differenze. Queste non possono spiegarsi nè coll' intensità nè colla durata dell' irritazione. La è pure una circostanza notabile, che le alterazioni di tessitura più gravi sono sovente quelle che vengono precedute od accompagnate da segni d'irritazione più debole. Cosa conchiudere da ciò? Che per rendere ragione di effetti tanto dissimili, sarà d' uopo ammettere cause predisponenti particolari di ciascuno di essi; sarà mestieri riconoscere che l'irritazione più non agisce che qual semplice causa occasionale, la quale sarebbe per sè stessa importante a produrre alcuna di siffatte alterazioni. Se così è, che può fare la cura antiflogistica? Essa combatte soltanto la causa occasionale, ma non distrugge in modo veruno la causa predisponente, la quale, prodotta che sia l' irritazione, dà origine, giusta la sua natura, alle lesioni più variate. Quindi ne viene la frequente inutilità di questa cura che attacca solo uno fra gli elementi della malattia, e non distrugge, d' altronde, la causa ignota sotto la cui influenza sopraggiunge l' irritazione stessa. Non ci parrebbe irragionevole sostenere, che in certi casi l' afflusso sanguigno insolito per cui manifestasi l' irritazione, si effettui sopra un organo solo perchè in esso già esiste una predisposizione morbosa, la quale vi attrae più sangue che nello stato fisiologico, cosicchè nella sua trama viene ad operarsi una secrezione od una nutrizione morbosa. Vedesi adunque quanto secondaria sia la parte che ha in tal caso la congestione sanguigna, e quanto ammettendola siamo ancor lungi dall' aver penetrato l'essenza di questo fenomeno. S'ingannerebbe stranamente chiunque credesse che per essa potessesi

render ragione della formazione delle varie alterazioni organiche, e spiegare le loro innumerabili varietà. Così, quando l' embrione si sviluppa, l' afflusso del sangue nello scheletro de' varii organi è una condizione della formazione di questi; esso è l' elemento comune che noi ravvisiamo in ogni organo-genesia; ma non è già questo afflusso sanguigno che determina la natura speciale di ogni organo, la sua composizione chimica, la sua disposizione anatomica e le sue proprietà vitali. Così ogni secrezione riconosce questo medesimo afflusso qual condizione della sua esistenza; ma non è già pel solo concorso maggiore del sangue e pel solo eccitamento che ne risulta nell'organo ricevente che puossi spiegare perchè ciascuna glandula separi un liquido speciale.

Noi preghiamo il lettore a non perdere di vista queste considerazioni; s' egli vi fa gli opportuni maturi riflessi, speriamo non sia per rimproverarci di aver riunito delle alterazioni che sembrano fra di loro sì diverse, col termine comune di *gastrite cronica;* questo termine non è per noi che una specie di denominazione generale sotto cui comprendesi ogni affezione organica dello stomaco contro la quale la cura antiflogistica par riesca meglio di qualunque altra.

Cerchiamo adunque di mostrare, sia coll' anatomia, sia collo studio de' sintomi, come succedasi e intreccisi nello stomaco un certo numero di lesioni organiche o funzionali, la cui natura fu sì lungo tempo mal conosciuta, perchè se ne isolava la descrizione, essendosi persuasi che ciascuna di esse lesioni costituisse per sè stessa una malattia.

ARTICOLO PRIMO

STATO DELLA MEMBRANA MUCOSA DELLO STOMACO NELLA GASTRITE CRONICA.

In quasi tutti i casi di gastrite cronica l'anatomia dimostra nella membrana mucosa dello stomaco l'esistenza di alterazioni variate e più o meno notabili. Qualche volta nondimeno questa membrana sembra aver conservato il suo stato sano, od almeno è certo che se è stata soggetta a qualche alterazione, siffatta alterazione sfugge intieramente all'ispezione anatomica. Così essa presenta in tutta la sua estensione il color bianco costituente il suo stato normale; in ogni sua parte essa presenta pure la sua consistenza ordinaria; non è nè rammollita nè indurita; in nessun punto finalmente non apparisce la sua grossezza nè aumentata nè diminuita. Allora però osservansi sotto la membrana mucosa sana varie affezioni, e di molto rilievo, nelle tuniche sottoposte, e specialmente nel tessuto cellulare steso sotto forma di membrana densa e biancastra, tra la tunica vellutata dello stomaco e la sua tunica muscolare. Qui nondimeno presentasi una questione da sciogliere: quantunque la membrana mucosa sembri attualmente sanissima, è essa sempre stata tale? Non vi è stato un tempo della malattia in cui essa sia stata affetta, e non devesi anche pensare che il più delle volte l'affezione cronica sia cominciata dalla membrana mucosa, benchè di quella più non trovinsi tracce che ne' tessuti posti sotto di questa? Per risolvere la prefata questione, importante sotto il dupplice aspetto

dell' etiologia della malattia e della terapeutica, interroghiamo da prima l' analogia.

Quando un tessuto membranoso o parenchimatoso è attaccato da infiammazione, ora le parti in contatto con questo tessuto restano estranee al processo morboso, ora partecipano. Se quest' ultimo caso si verifica, accade sovente che nel tessuto primitivamente affetto, soprattutto se gode di una copia grande di vitalità, l' infiammazione si risolve, mentre persiste e passa allo stato cronico ne' tessuti che sono stati investiti solo in modo secondario, cosa che occorre particolarmente quando in questi le proprietà vitali sono meno attive, meno energiche che nel tessuto stato pel primo dall' infiammazione invaso. In appoggio di queste asserzioni gli esempj presentansi in copia. Io ne citerò ora alcuni. Un individuo è attaccato da enterite o da colite; s' egli muore nel periodo acuto, trovasi la sola membrana mucosa affetta, sia semplicemente rossa, sia rammollita, sia ulcerata, ecc.; se l' ammalato non soccombe che dopo un tempo più o meno lungo, dopo che l' infiammazione ha preso un andamento cronico, l' intestino può presentare tre diversi stati: 1.° L' infiammazione può essere limitata alla sola membrana mucosa. 2.° Anche i tessuti ad essa sottoposti possono in pari tempo aver soggiaciuto a varie alterazioni, risultamento non dubbio dell' infiammazione che se n'è impadronita; ma o la membrana e i tessuti sottoposti sembrano essere presso a poco ugualmente malati, o questi sembrano esserlo molto più, e possono pure presentarsi de' casi in cui l' alterazione della membrana mucosa, sfuggendo al primo sguardo, non sia scorta che da un' attenta investigazione. Così questa membrana, quantunque bianca è rammollita e quasi polposa in un certo numero

di punti, in altre parti essa presenta una colorazione grigia, bruna o nera, disposta da semplici punti isolati o conglomerati, da piastre tondeggianti, da linee sinuose, da lunghe fasce, ecc.; in altre finalmente essa presenta alterazioni superficiali, bianche come il resto della membrana, il cui fondo è al livello de' margini e che tendono evidentemente a cicatrizzarsi per intiero. Noi qui più non veggiamo in certo modo che residui o vestigi dell' infiammazione della membrana mucosa; ma d' altra parte questo rammollimento bianco, questa forma di ulcerazione indicano che in questa membrana ha esistito un' infiammazione più intensa; sono infatti queste medesime lesioni che vennero osservate in molti individui morti accidentalmente durante la convalescenza di gastro-enteriti acute, vale a dire, in un tempo in cui più non dovevansi trovare nel canal intestinale che i residui di un' infiammazione statavi assai più intensa; sono pur queste medesime forme di lesioni che trovansi su la membrana mucosa buccale, o faringea, quando l' infiammazione ond' essa era stata sede comincia a risolversi, quando le ulcerazioni ond' essa era stata coperta cominciano a cicatrizzarsi. Par quindi sommamente probabile che, nel caso di cui qui trattasi, la membrana mucosa sia stata molto più gravemente affetta di quello la si trovi, e che l' infiammazione ond' essa è stata la sede, persistendo ne' tessuti sottoposti, proceda ad una risoluzione completa. 3.° Da ciò che si è detto si concepisce, potersi presentare de' casi in cui queste ultime tracce d' infiammazione della membrana mucosa siano sparite, e in cui questa mostrisi in uno stato perfettamente sano, nel tempo stesso che i tessuti ad essa sottoposti trovansi più o meno profondamente disorganiz-

zati. E veramente, non è molto raro che si osservi questo terzo caso.

Nella membrana mucosa polmonare puossi pur osservare la stessa successione di fenomeni. Così nella bronchite acuta la membrana mucosa sembra la sola affetta; nella bronchite avvi un grado in cui osservansi ad un tempo e alterazioni più o meno variate della mucosa, e lesioni assai rilevanti de' tessuti sottoposti, specialmente lo ingrossamento della membrana mucosa, l' ipertrofia de' cerchietti cartilaginosi. Finalmente avvi un altro grado in cui la membrana mucosa ha ripreso il suo stato sano, almeno in apparenza, e in cui più non osservasi che l'alterazione delle altre tuniche de' condotti aeriformi. Io ho citato altrove casi di questo genere (*).

Se questi esempj non bastassero a dimostrare che, almeno in un gran numero di casi, l' alterazione de' tessuti sottoposti alle membrane mucose ha il suo punto di partenza in un' infiammazione di queste membrane che può ancora persistere, o che è compiutamente dissipata, potrei anche citare altri casi in cui questa successione di fenomeni può essere in certo modo valutata col dito e coll' occhio. Così, dopo un' infiammazione più o meno intensa della congiuntiva, e quando questa membrana ha ripreso la sua bianchezza e la sua trasparenza usuali, il tessuto cellulare che la unisce alla sclerotica può restare infiammato, infiltrato di pus, può ingrossarsi e divenir sede di varie degenerazioni. Così in alcuni individui che avevano avuto molti anni prima delle gonorree, e il cui canale dell' uretra erasi fatto sede di restringimenti, venne trovata la mem-

(*) *Clinica Medica*, tom. I.

brana mucosa sanissima, ma sotto di essa il tessuto cellulare ingrossato e indurito. Gli è pure a questo modo che in alcuni individui, i quali hanno avuto per lungo tempo un' infiammazione cronica di una parte della pelle, i quali, per esempio, hanno lungamente avuto delle ulcere alle gambe, anche il tessuto cellulare sottoposto alle porzioni malate dell' inviluppo cutaneo infiammasi, e conserva una durezza quasi scirrosa molto tempo dopo che ogni traccia d' infiammazione si è su la pelle dissipata. Finalmente potrei ben anche citare casi d' infiammazioni acute o croniche delle membrane tornate a uno stato sanissimo, essendosi trovate nel tessuto cellulare sottoposto delle tracce d' infiammazione cronica, come, indurimento, spessore scirroso, trasformazione fibrosa o cartilaginosa, ecc.

Non ragionando adunque che per via di analogia, saremmo naturalmente tratti ad ammettere che la specie di legge onde noi ora abbiam comprovata l'esistenza nel canal intestinale, nelle vie aeree, nella membrana mucosa dell' occhio, in quella dell'uretra, nell'inviluppo cutaneo, ne' tessuti sieroso e sinoviale, esiste anche per lo stomaco; vale a dire, che l' infiammazione onde più non trovansi tracce che ne' tessuti sottoposti alla membrana mucosa di quest' organo, è primitivamente esistita nella mucosa stessa. Ma, oltre a ciò, così per lo stomaco come per gli altri organi o tessuti ond' è questione, questa proposizione può essere dimostrata con prove dirette. Così su la membrana mucosa dello stomaco, come su quella dell' intestino, mi è stato più di una volta possibile seguire in certo modo la degradazione dell' infiammazione, valutare in modo più o meno esatto i varj intermedj pe' quali passava, a così

dire, la membrana mucosa per tornare dallo stato malato allo stato sano. Così nel tempo stesso che esistevano varie alterazioni delle tuniche sottoposte, ora io trovava la membrana mucosa rossa, ispessita, rammollita, alcuna volta ulcerata; ora le tracce d' infiammazione della mucosa erano molto meno evidenti: essa era, per esempio molle, ma bianca, ora finalmente, risultava ad evidenza dalla natura delle alterazioni che la membrana mucosa era stata molto più malata di quello apparisse al tempo in cui era stata fatta l' ispezione anatomica. In un caso, per esempio, che ho avuto ultimamente occasione di osservare allo spedale della Carità col mio amico e collaboratore Reynaud, noi abbiamo trovato la superficie interna dello stomaco bianca in tutta la sua estensione; dal lato del piloro eravi un manifesto indurimento del tessuto cellulare sotto mucoso con ipertrofia della membrana muscolare. Questi tessuti allontanandosi dal piloro riprendevano il loro aspetto fisiologico, poi verso la metà dello stomaco le pareti di quest' organo presentavano un nuovo ingrossamento, e una durezza quasi cartilaginosa; quest' indurimento risiedeva unicamente nelle varie tuniche sottoposte alla mucosa; in tutta l' estensione di questo ingrossamento, uguale a un dipresso alla grossezza di una moneta da cinque franchi, la membrana mucosa stessa più non esisteva. Risultavane un' ulcerazione talmente superficiale, con margini bianchi e con fondo ugualmente bianco al livello de' margini, che non la si scorgeva a un primo sguardo. Il fondo era formato dal tessuto cellulare notabilmente ingrossato. L' individuo in cui fu trovata questa alterazione era stato soggetto tre anni prima a tutti i sintomi di una gastrite acuta, come, dolor epigastrico con moto

febbrile, vomiti, sete ardente, ecc. Questi sintomi eransi emendati a poco a poco; ma dopo questo tempo il malato aveva sempre avuto digestioni penose, e di tratto in tratto i suoi alimenti erano rigettati. Una peritonite cronica contribuì ad accelerare la sua morte.

Giusta tutte le apparenze eravi stato un tempo in cui la soluzione di continuità onde la membrana mucosa gastrica era sede in questo individuo, aveva presentato caratteri in certo modo più infiammatorj di quelli furono comprovati al momento dell' autopsia; giusta tutte le apparenze, intorno a questa soluzione di continuità, la membrana mucosa era stata più o meno infiammata. L' ulcerazione pareva incamminarsi verso la cicatrizzazione; un poco di tempo ancora, e sarebbesi forse trovata la membrana mucosa bianca e sana sopra all' ingrossamento della parte media dello stomaco, come la fu trovata bianca e sana sopra l' ingrossamento del piloro. Se però, fondando su la sola ispezione anatomica, si potesse ancora dubitare che l' infiammazione della membrana mucosa sia stata in questo caso il punto di partenza, ch' essa abbia preesistito alle alterazioni delle altre tuniche, e che finalmente, le lesioni da essa presentate non fossero in qualche modo i vestigi di lesioni più gravi, noi invocheremmo un' altra sorgente di lumi, interrogando i sintomi, e dal loro ordine di successione trarremmo l' inevitabile conseguenza che il tessuto primitivamente infiammato è stata la membrana mucosa (primo periodo della malattia; gastrite allo stato acuto); che più tardi, l' infiammazione di questa membrana è divenuta meno intensa (cessazione della febbre e del dolore epigastrico); ch' essa ha tuttavia continuato nel tempo stesso in cui i tessuti sono divenuti consecutivamente

malati (difficoltà di digestioni; anoressia abituale, vomiti facentisi sempre più rari).

Infine, anche quando la membrana mucosa dello stomaco ha ripreso la sua bianchezza, la sua spessezza e la sua consistenza fisiologica, e quando avvi ad un tempo indurimento de' tessuti sottoposti, vuolsi riguardare in tutti i casi questa membrana come tornata al suo stato intieramente normale? Osservisi che in molti di que' casi in cui la membrana par sana agli occhi dell' anatomico, la digestione continua ad essere penosa, difficile, quale, per dirla in breve, esiste negl' individui la cui membrana mucosa presenta dopo morte tracce più o meno apparenti di flemmasia cronica. Sembra adunque che ne' casi di questa natura la membrana mucosa ricuperi l' aspetto che, almeno pe' nostri deboli mezzi di ricerche, costituisce il suo stato normale, prima di ricuperare l' integrità delle sue funzioni; sembra che siavi un tempo in cui questa membrana non è già più infiammata, senza però ancora avere la facoltà d' imprimere agli alimenti la modificazione che deve trasformarli in chimo, qualunque siasi d' altronde il processo fisico, chimico o vitale, con cui siffatta trasformazione viene operata. Non è d' altronde nella sola membrana mucosa che troverannosi esempj di tessuti, i quali dopo essere stati sede di un' infiammazione più o meno evidente, hanno ripreso un aspetto sano, e le cui funzioni sono nondimeno in singolar modo alterate. Così in alcuni individui, i quali avevano presentato durante la vita tutti i sintomi di una bronchite cronica con espettorazione puriforme copiosa, io ho trovato bianca e sana in apparenza la membrana mucosa della laringe, della trachea-arteria e de' bronchi. Dietro la sola ispezione anatomica non

sarebbesi esitato ad ammettere che questa membrana fosse perfettamente sana, cionnondimeno la secrezione copiosa puriforme ond' essa era sede attestava il suo stato patologico.

L'aspetto sano, almeno in apparenza, della membrana mucosa dello stomaco ne' casi di gastrite cronica è tuttavia una circostanza assai rara, e il più delle volte essa presenta varie alterazioni relative al suo colore, alla sua consistenza, alla sua densità ed alla sua forma. Queste alterazioni variate possono esistere isolate o riunite. Così nel tempo stesso che la membrana è rossa o bruna può essere indurita o rammollita, ipertrofiata od assottigliata ec. Altre volte qualunque di queste alterazioni può mostrarsi sola: vi può essere, per esempio, semplice cangiamento di colore; in altri casi, cosa più notabile, la consistenza della mucosa trovasi assai diminuita, senza che il colore sia stato soggetto ad alcuna modificazione.

Le alterazioni cui la membrana mucosa infiammata va nel suo colore sottoposta, sono esse differenti nell' infiammazione acuta dello stomaco e nella sua infiammazione cronica? Vi sono alcune gradazioni di colore che spettano ugualmente a questi due stati; ve ne sono altre che denotano più specialmente l' esistenza di una flemmasia cronica.

Le gradazioni di colore spettanti soprattutto alla gastrite cronica, sono il color grigio di ardesia, il bruno, in fine il color nero più o meno intenso. Non è già da dire che queste varie gradazioni non possano pur trovarsi in alcuni casi d'infiammazione acutissima, esse furono talvolta prodotte dal professore Orfila sopra animali, nel cui stomaco questo dotto ed abile sperimentatore aveva introdotto delle sostanze irritanti. Io

credo che nell' uomo siano pochissimi gli esempj di color grigio di ardesia, bruno o nero, trovati in istomachi attaccati da infiammazione acuta; nulla è pel contrario più comune nella gastrite cronica. È verisimile che, così nell'uomo come negli animali da Orfila sperimentati, la flemmasia acuta siasi mostrata in principal modo colle sue gradazioni di colore ne' soli casi di avvelenamento per mezzo di sostanze acri o corrosive, vale a dire ne'casi in cui l'infiammazione del ventricolo, essendo in certo modo giunta al suo *maximum* di acutezza, tende a produrre la rapida disorganizzazione della membrana mucosa.

È assai notabile, a quanto mi pare, che la stessa colorazione si osservi nelle due estremità, per così dire, della gastrite, cioè, nell' infiammazione acutissima, che trae rapidamente il malato al sepolcro, e nell' infiammazione cronica, la quale sovente non manifesta la sua esistenza che con sintomi di poco momento. Ecco il fatto qual ce lo dà la esperienza. Per ispiegarlo sarebbe d'uopo conoscere esattamente qual siasi la causa del color bruno, grigio-ardesiaco ec., che la membrana mucosa dello stomaco presenta, sia nel caso di gastrite acutissima, sia più sovente ancora in quello di gastrite cronica. Ora qui non si possono fare che semplici congetture, le quali fondansi, a vero dire, sopra alcuni fatti che vengono ora qui esposti: Hunter ha da lungo tempo dimostrato (*) che ogniqualvolta il sangue arterioso trovasi arrestato od anche semplicemente allentato nel suo corso, esso prende il colore di sangue venoso. Così, per modo d'esempio, se sopra di un animale apresi un'arteria in una porzione intercettata qualche tempo

(*) Trattato del sangue e dell' infiammazione.

prima fra due legature, ne esce un sangue nero analogo al sangue venoso. Hunter ha pur osservato che il sangue uscente da un'arteria incisa ed effundentesi nel tessuto cellulare circostante, diviene coagulandosi anch' esso nero. Trovasi pure questa medesima colorazione nera nel sangue della maggior parte delle apoplessie cerebrali, in quello delle apoplessie polmonari. A meno che si supponga, cosa affatto improbabile, che in queste emorragie le sole vene forniscano il sangue, sarà ben d' uopo ammettere che nel cervello e nel polmone il sangue rosso al momento in cui lo spandimento avviene, abbia acquistato più tardi il color nero da esso presentato. Potremo noi spiegare del pari la colorazione bruna o nera della membrana mucosa dello stomaco in un certo numero di gastriti? A ciò è mestieri che l' esperienza abbia comprovato esservi de'casi in cui in una parte infiammata il sangue circoli più lentamente che in questa stessa parte sana, e in cui esso tende ben anche a soggiacere in questa parte infiammata ad una vera stasi. Ora questo rallentamento del corso del sangue in un tessuto di cui la infiammazione siasi impadronita, è stato dimostrato dalle sperienze del dottor Wilson Filippo. Prodottasi un'infiammazione nel tessuto cellulare della coscia di una rana, nella pinna di un pesce, nel mesenterio di un coniglio, il microscopio, dice Wilson Filippo, non tarda a mostrare che il moto de' globetti del sangue, ordinariamente sì rapido, è notabilmente rallentato; sembra anzi affatto sospeso là dove la infiammazione par più intensa. Se adunque è provato, per una parte, che in certe circostanze il sangue circola meno rapidamente, od almeno si arresta in una parte infiammata; se è provato, per altra parte, che il sangue tende a farsi

nero dove la circolazione è languente o sospesa, non parrà irrazionale lo spiegare per tal modo la colorazione bruna della mucosa dello stomaco in certe gastriti. Ma e perchè la si osserverà soprattutto, come diceva poco fa, ne' due estremi soltanto, nell' infiammazione acutissima e nella cronica? Ciò è perchè precisamente in questi due estremi deve effettuarsi, soprattutto nella mucosa gastrica, una stasi più o meno completa del sangue. Così nell' infiammazione sopr' acuta dall' estrema e subitanea dilatazione de' vasi dovrà risultare un imbarazzo notabile nella circolazione, una specie di strozzamento, d' onde risulterà l' ostruzione de' capillari; e allora consecutivamente a questa ostruzione potrassi osservare il coagulamento del sangue nell' arteria che si trasferisce alla parte infiammata, a quel modo che vedesi il sangue coagularsi in una vena sotto la parte ove questa trovasi compressa. Quindi, alla fine, potrà risultare la terminazione dell' infiammazione per cangrena: in questa infatti venne sovente verificata la coagulazione del sangue nelle arterie; ma riguardavasi questa coagulazione come consecutiva alla cangrena; mentre, da quanto è stato detto, sarei per contrario indotto a credere che la coagulazione del sangue nell' arteria precede la cangrena e che questa ne è soltanto il necessario risultamento.

Nell' infiammazione cronica non saravvi più stasi completa del sangue come nell' infiammazione sopra-acuta onde si è parlato; laonde in questa infiammazione cronica la membrana mucosa non presenterà un color nero così carico, ma solo una gradazione grigia di ardesia, o bruna, che sarà essa pure più o meno sensibile secondo il rallentamento più o meno grande del corso del sangue. Ora questo rallentamento sembra debba

esistere ogni qual volta i vasi della parte infiammata siano andati soggetti ad una notabile dilatazione; dilatazione che vuol essere soprattutto apparente ne' casi di flemmasie croniche. Questo rallentamento del sangue in una parte i cui vasi capillari soggiacquero ad una grande dilatazione, è un risultamento della legge d'idrodinamica, in virtù della quale il corso di un liquido qualunque deve allentarsi quando, scorrendo a tubo pieno, gli succede di passare da una parte meno larga in una parte più larga; la è questa una delle cause per cui nello stato normale il sangue circola meno prestamente ne' capillari; si concepisce adunque che vi circolerà ancor più lentamente se il diametro di questi innumerabili vasi viene ad essere ancora accidentalmente accresciuto.

La dilatazione de' vasi può d'altronde persistere dopo che l'infiammazione è cessata, e con essa deve pur sussistere il color bruno. Sembra infatti indipendentemente da qualunque spiegazione che in alcuni casi questo colore continui ad esistere in una parte stata infiammata, ma che ora non lo è più. Ciò è incontrastabile rispetto alla pelle: vedesi sovente intorno ad ulcere cicatrizzate e perfettamente guarite da lungo tempo che la pelle conserva, in un' estensione più o meno grande, un colore di un rosso più o meno carico. L'analogia sembra condurre ad ammettere che in alcuni casi ciò che esiste per la pelle possa pur esistere per certe porzioni di membrane mucose, e in particolare per la mucosa gastrica.

È ora d'altronde sì generalmente riconosciuto che le varie colorazioni onde ho parlato, sono il risultamento di una flemmasia, e soprattutto di una flemmasia cronica, che io non credo dover neppure arre-

starmi a provarlo. Cionnondimeno se alcuni potessero ancora dubitare che il color grigio di ardesia, bruno o nerastro, della superficie interna dello stomaco annunzi l'infiammazione cronica di quest' organo, sottoporrei i fatti seguenti alla loro meditazione:

1.° Se sonosi bene osservati i sintomi presentati durante la vita dagl' individui il cui stomaco mostra dopo morte una delle gradazioni in discorso, si avrà costantemente trovato che questi individui hanno avuto sintomi di gastrite cronica: tale si è per lo meno il risultamento di un gran numero di osservazioni raccolte allo spedale della Carità. Accade però sovente che questi sintomi sfuggano ad un' investigazione poco attenta, sia perchè sono realmente poco apparenti, sia soprattutto perchè la gastrite cronica non sopraggiugne frequentemente che come complicazione di un'altra malattia, la quale ferma più o meno esclusivamente l' attenzione. Troppo sovente forse fu detto che lesioni più o meno gravi degli organi potevano esistere senza produr sintomi. Ma quante lesioni avrebbono cessato di essere latenti, se durante la vita tutte le funzioni fossero state oggetto di uno scrupoloso e paziente esame!

2.° Nel maggior numero de' casi, nel tempo stesso che il colore della membrana mucosa è andato soggetto ad una delle modificazioni indicate, essa presenta altre alterazioni che non si può rifiutar di riguardare quai risultamenti di flemmasia: così, essa è inspessita, dura, coperta di vegetazioni ec.; al disotto di essa le altre tuniche dello stomaco presentano pure alcuna volta tracce non dubbie di un' infiammazione più o meno intensa. Se la coesistenza di queste varie alterazioni e del color bruno della mucosa è il caso più generale; se pel contrario assai meno frequentemente osservasi que-

sto cangiamento di colorazione senz' altra lesione, saremo naturalmente indotti ad ammettere per analogia che, quando esso esiste solo, risulti pure da un processo infiammatorio.

3.° In alcuni casi di ulcerazioni dello stomaco, e più sovente nelle ulcerazioni del resto del canal-intestinale, trovansi i loro margini sia di un grigio di ardesia, sia di un bruno più o meno intenso. Ora dove esiste un' ulcerazione, ivi un processo infiammatorio non può essere posto in dubbio. Se il color bruno de' margini dell'ulcera dipendesse da qualunque siasi causa eccetto l' infiammazione, perchè non esisterebbe che intorno all' ulcerazione? Perchè lo si vedrebbe decrescere e sparire negl'intervalli che separano le ulcerazioni? Troverassi pure questa stessa gradazione bruna o nera colorante i margini di un certo numero di ulcerazioni delle arterie; e così qui come nel canal digerente vedrassi il cangiamento di colore occupare soltanto il contorno delle ulcerazioni, e fra queste la faccia interna dell' arteria riprenderà il suo color bianco.

4.° Il color grigio di ardesia, bruno ec. della membrana mucosa dello stomaco non puossi attribuire alla putrefazione; poichè più volte ho fatto la sezione di cadaveri già putrefatti a varj gradi, e ho trovato la superficie interna dello stomaco e degl' intestini che presentava un color rosso livido, sia uniformemente sparso, sia disposto in piastre, in istrie, od in fasce. Questa tinta rossastra era il risultamento probabile della trassudazione della materia colorante del sangue traverso le pareti vascolari, simile alla trassudazione della bile, che effettuasi più prontamente traverso la vescichetta del fiele. Qualunque però si fosse il grado di putrefazione, sia debole, sia molto inoltrato, non ho

mai veduto veruna gradazione che simigliasse al color grigio di ardesia, o bruno della gastrite cronica.

Fu detto che questa gradazione particolare voleva essere riguardata nel maggior numero de' casi qual risultamento della colorazione della membrana mucosa per mezzo de' gaz contenuti nello stomaco o negl' intestini. Questa colorazione si attribuisce specialmente al gaz idrogene solforato; ma nello stomaco l' esistenza di questo gaz non è mai stata dimostrata, e la colorazione bruna vi è frequente. Niente d' altronde prova che il gaz idrogeno solforato, o qualsivoglia altro gaz, abbia la proprietà di colorire i tessuti animali in bruno od in nero.

L' asserzione che ci occupa dovrà essere considerata qual semplice supposizione soltanto, fino a che siasi rinchiusa una serie di gaz in porzioni d' intestini ed abbiasi osservato se esse si colorano o no.

La tinta bruna che la membrana mucosa dello stomaco cronicamente infiammato presenta, offre uumerose varietà rispetto alla sua disposizione e alla sua estensione. Relativamente alla sua disposizione trovasi essa alcuna volta circoscritta ad un piccol numero di punti formanti una specie di macchie isolate, che possono essere regolarmente tondeggianti o più o meno irregolari. Nell' intervallo di queste macchie grige, brune o nere, la membrana mucosa può conservare una bianchezza più o meno perfetta. In ragione della loro esatta circoscrizione, del loro colore deciso, si direbbe sovente che ove esistono queste macchie sia stata depositata una goccia di materia colorante di un bruno più o meno carico. Talvolta in queste specie di macchie non iscorgesi che una tinta uniforme; tal' altra l' occhio nudo od armato di lente riconosce che esse

sono specialmente formate da un conglomeramento di vasi di un diametro infinitamente piccolo, e pieni essi medesimi di un sangue nero. Queste macchie costituiscono altrettante piccole flemmasie circoscritte a modo delle macchie rosse, ugualmente isolate che osservansi assai frequentemente ne' casi di gastrite acuta.

In luogo delle semplici macchie da me ora descritte, la membrana mucosa può presentare sia delle piastre brune più o meno larghe, sia delle fasce, delle strie, delle linee aventi lo stesso colore; in fine essa può presentare una tinta uniformemente bruna o nerastra, sia nel quarto, o nella metà, od anche nella totalità della sua estensione.

Pare che gli anatomici non abbiano ancora indicati in ispecial modo una varietà di colorazione nera assai rara dallo stomaco, ma frequentemente dall' intestino tenue presentata. La superficie interna di questo intestino sembra allora come sparsa da migliaia di piccoli punti neri quasi microscopici, i quali, secondo che sono più o meno numerosi, possono dare a tutta la superficie intestinale una tinta nera più o meno dichiarata. Questi punti neri sono assai differenti pel loro aspetto da un' altra specie di punti neri, isolati o conglomerati, già da gran tempo da Peyer indicati, e spettanti a de' follicoli. Esaminando colla lente quelli di cui qui trattasi, si vede che essi occupano la sommità e più rare volte tutta l' estensione di filamenti o di lamicciuole che sono le villosità intestinali. È chiaro che se incontransi meno frequentemente queste specie di punti neri nello stomaco che nell'intestino tenue, ciò avviene perchè nello stomaco le villosità sono meno apparenti e meno copiose. Mediante un esame attento fatto col soccorso della lente, essendo l' intestino coperto da

uno strato sottile di acqua, si assicura che quelle migliaia di punti neri rassomiglianti a piccoli fiocchi, sono il risultamento di un' injezione vascolare finissima delle villosità intestinali. Alcuni fatti mi portano a pensare che l' injezione nera di queste villosità che le rende sì visibili, vada le più volte congiunta ad uno stato di flemmasia cronica dell' intestino tenue. In molti casi di antiche diarree non ho trovato negl' intestini altra alterazione valutabile che una semplice colorazione.

Se in tutti i casi di gastrite cronica il colore della membrana mucosa si presentasse come ora è stato indicato, potrebbesi quasi sempre riconoscere con facilità dalla sola ispezione dello stomaco, se l' infiammazione ha avuto un andamento acuto o cronico, avendo noi veduto che solo in un piccolissimo numero di casi di gastriti acutissime, come quelle prodotte da avvelenamento, la membrana mucosa presenta un color bruno più o meno carico; e che eccetto questi casi assai rari la colorazione bruna annunzia una gastrite cronica. Ma ciò che è ben importante di sapere si è, che assai spesse volte, lo stomaco essendo cronicamente infiammato, la sua membrana mucosa non è nè del color grigio di ardesia, nè bruna, nè nera, ma presenta un color rosso più o meno perfettamente analogo al color rosso dell' infiammazione acuta. Recentemente ancora fu fatta la sezione allo spedale del cadavere di un giovane, che da più di otto mesi presentava tutti i sintomi di una gastrite cronica, come vomiti, pesantezza epigastrica in conseguenza dell' ingestione degli alimenti, completa anoressia, d' altronde stato naturale della lingua, circostanza tanto comune nella gastrite cronica quanto rara nell'acuta. In questo individuo trovossi la membrana mucosa dello stomaco colorita in

rosso vermiglio in una gran parte della sua estensione. In altri individui, che avevano presentato i medesimi sintomi, ho incontrato una colorazione bruna di tutta la mucosa. Uno de' sintomi più saglienti, il vomito, può nondimeno pur mancare e nel caso di colorazione rossa e in quello di colorazione bruna. Ammettasi, se così piace, che la gastrite con rossezza vermiglia sia una grave infiammazione acuta, mentre nell' infiammazione veramente cronica avvi colorazione bruna della mucosa: questa distinzione può essere ingegnosa in teorica, ma essa non è di veruna pratica applicazione, poichè nell'uno e nell' altro caso sono i medesimi sintomi che si manifestano, e per conseguenza la stessa cura vuol essere praticata.

Devesi riferire ad un'infiammazione cronica dello stomaco un'altra gradazione di colore della sua membrana mucosa, in cui questa, in luogo di essere rossa o bruna, ha pel contrario un color bianco sbiadato, quasi latteo, colore ben differente dalla specie di color bianco che sembra costituire il suo stato normale? Io penso dover attribuire ad una gastrite cronica quella notabile modificazione del colore della membrana mucosa. Infatti:

1.° Ho trovato questo colore sempre combinato ad altre alterazioni che annunziavano in modo non equivoco l' esistenza di un' infiammazione, come ingrossamento e indurimento della membrana.

2.° Altri tessuti infiammati presentano pure un color bianco più fievole di quello che ad essi è naturale. Tale è il caso del tessuto cellulare ingrossato e indurito che attornia vecchie ulcere; tale si è pure il caso delle membrane sierose coperte da produzioni membraniformi, le quali in prima molli e rosse si sono indu-

rite a poco a poco ed hanno in pari tempo acquistato una bianchezza di latte assai notabile. Chi non ha veduto simili macchie o piastre bianche nel pericardio, sia nell'aracnoide o nella pleura? Or bene se studiasi per quai gradi l'infiammazione abbia prodotto nel tessuto cellulare e nelle membrane sierose quella bianchezza insolita, troverannosi i medesimi gradi nelle flemmasie delle membrane mucose: l'analogia indurrà ad ammettere che così in quest'ultimo tessuto come negli altri, il color bianco più sparuto del normale può essere riguardato qual risultamento di flemmasia.

3.° Finalmente in individui, i quali avevano presentato tutti i sintomi della gastrite cronica meglio qualificata, lo stomaco non mi ha presentato altra lesione notabile che larghe piastre in cui la membrana mucosa era più dura, più grossa, e ad un tempo di un bianco notabilmente più sbiadato che nel resto della sua estensione.

Soprattutto in un caso recentemente osservato i sintomi locali e generali erano talmente sensibili ch'erasi creduto all'esistenza di un'affezione detta cancerosa dello stomaco; il malato aveva avuto più volte vomiti di materia nera simile alla fuligine od alla feccia del caffè. Or bene! Lo stomaco non presentò altro, verso la metà del suo corpo, che una piastra di un bianco veramente latteo, un poco più larga della palma della mano, con indurimento ed ingrossamento manifesti della membrana mucosa, là solamente ove esisteva quella tinta bianca insolita. Questa era inoltre quasi interrotta in molti punti da macchie rosse, risultamento d'injezioni vascolari parziali; inoltre ovunque esisteva quella stessa tinta lattea la mucosa era coperta da uno strato membraniforme di un bianco pallido com'essa, specie

di essudazione quasi solidificata, molto simile all' epidermide che termina in frangia intorno al cardias, quando quest' epidermide, più grosso dell' ordinario, contrasta per la sua bianchezza e apparenza inorganica colla membrana mucosa dello stomaco, che al disotto di esso continua con quella dell' esofago.

Altre volte la tinta bianca latteggiante che ci occupa coincide con uno stato di gonfiamento e di rammollimento della membrana mucosa; de' vasi la solcano; è sparsa di macchie rosse: questo stato avvicinasi molto a quello stato dagli anatomici descritto sotto il nome di cancro molle delle membrane mucose; non è a mio avviso che una delle modificazioni infinitamente variate cui l'infiammazione cronica può far soggiacere la membrana mucosa dello stomaco. Questa asserzione parmi sia la conseguenza rigorosa de' fatti precedentemente esposti.

In quasi tutti i casi in cui lo stomaco è stato sede di un' infiammazione di lunga durata, la sezione del cadavere dimostra che la consistenza della membrana mucosa è stata soggetta ad una modificazione più o meno notabile. Talvolta la consistenza è aumentata; tal' altra pel contrario essa ha subito una rilevante diminuzione: nel primo caso avvi *indurimento*; nel secondo *rammollimento* della membrana.

L' indurimento della membrana mucosa dello stomaco è uno de' migliori caratteri anatomici per mezzo dei quali la gastrite cronica possa essere distinta dall'acuta; e ciò che qui noi diciamo relativamente alla tunica interna del ventricolo, può applicarsi a tutti i tessuti membranosi o parenchimatosi. In tutti l'infiammazione acuta produce un numero grande di lesioni che non differiscono da quelle cui può pur far luogo l' infiam-

mazione cronica. Così, per modo d'esempio, in tutte le membrane mucose il rammollimento può egualmente osservarsi, sia che l'infiammazione abbia progredito con lentezza o con rapidità. L'indurimento pel contrario spetta esclusivamente alla flemmasia cronica.

L'indurimento della mucosa gastrica può essere generale o parziale.

Esso può esistere: 1.° con color naturale della membrana, come osservasi per antiche flemmasie della pelle o del tessuto cellulare; 2.° con colore della mucosa di un bianco più pallido che nello stato normale; abbiamo già indicato questo caso; 3.° con color grigio, o di un bruno più o meno carico. Io non ho mai veduto l'indurimento coincidere con un color rosso vermiglio della mucosa.

Benchè assai comune, l'indurimento della membrana mucosa dello stomaco osservasi ancor meno frequentemente del suo rammollimento. Questa è senza dubbio una delle più frequenti alterazioni presentate dallo stomaco di quegl'individui che soccombono negli spedali a varie malattie croniche. Se adunque, come ho cercato provarlo nel tomo secondo di quest'opera, il rammollimento della membrana mucosa dello stomaco risulta sovente dalla sua infiammazione, sarà d'uopo conchiudere che la gastrite sotto-acuta, o cronica, è una malattia frequentissima; sia d'altronde ch'essa esista come affezione principale, sia che si mostri solo consecutivamente e come complicazione.

Considerata sotto il rapporto della sua grossezza, la membrana mucosa dello stomaco cronicamente infiammata può presentarsi sotto tre aspetti: 1.° essa può aver conservata la sua densità naturale; 2.° questa

densità può essere più o meno notabilmente aumentata; 3.° finalmente, in vece di un accrescimento in densità, la membrana può essere assottigliata. Esaminiamo successivamente questi tre stati.

Non abbiamo quasi niente da dire sul primo stato, quello in cui la membrana mucosa non è sensibilmente nè aumentata, nè diminuita di densità (*). È un fatto che basta verificare. D' altronde questo caso non è rarissimo. Trovasi pure la membrana mucosa sia semplicemente rossa o bruna, sia ad un tempo variamente colorita o più o meno rammollita.

L' aumento in densità della membrana mucosa è frequentissimo ne' casi di flemmasia cronica. Esso può sussistere sia con uno stato di rammollimento della membrana, sia, pel contrario, col suo indurimento. Nel primo caso l' aumento in densità non è in certo modo che apparente; la membrana è gonfia, quasi distesa da' liquidi che vi affluiscono da ogni parte sotto l' influenza dello stimolo infiammatorio; così gonfiasi il tessuto reticolare della pelle dove viene applicato un vescicante. Questa tumefazione della membrana mucosa gastrica con rammollimento osservasi più sovente nella gastrite acuta che nella cronica; cionnondimeno essa esiste talvolta ben anche in quest'ultima. Pel contrario, l' aumento in densità con indurimento esiste solo nella gastrite cronica, e ne è certo uno de' segni meno equivoci. Avvi in questo caso accrescimento reale in densità, vera *ipertrofia* della membrana mucosa. Ciò è la conseguenza naturale della nutrizione

(*) Veggasi su le differenze naturali di densità della membrana mucosa ne' varj punti della sua estensione, la Memoria sopra citata di Louis.

più attiva onde questa membrana deve divenir necessariamente sede, quando, infiammata da lungo tempo, essa riceve una quantità maggiore di sangue che nel suo stato fisiologico. Fino a tanto che esiste questa sola ipertrofia, si può dire l' infiammazione non aver fatto altro che dare un eccesso di attività alla nutrizione della membrana mucosa, presso a poco nel modo stesso che l'esercizio origina l'ipertrofia di un muscolo; ma allora le leggi della nutrizione sono sempre quelle che esistevano nello stato fisiologico. Se pel contrario, in vece di questa semplice ipertrofia, la membrana mucosa gastrica presenta un rammollimento, se si ulcera, se il suo tessuto trasformasi in altri tessuti, allora non solo devesi ammettere un eccesso di attività ne' fenomeni nutritivi, ma è d' uopo riconoscere che le leggi stabilite alla produzione di questi fenomeni sono state soggette ad una modificazione, ad un vero pervertimento. Ciò che d'altronde è molto importante osservare si è che o l'uno o l'altro di questi effetti, vale a dire il semplice incremento di attività in nutrizione o il suo pervertimento, non pare in rapporto diretto coll' intensità dell' infiammazione. Violenta ed eccessivamente lunga, essa può produrre una semplice ipertrofia del tessuto onde si è impadronita; lievissima in apparenza, può modificare, pervertire profondamente le leggi della nutrizione, e produrre per tal modo le disorganizzazioni e le degenerazioni più variate.

Sia che l' ingrossamento della mucosa gastrica coincida col suo rammollimento o col suo indurimento, esso può aver invaso ad un tempo una grande estensione di questa membrana, oppure occuparne soltanto alcuni punti circoscritti. Questi ingrossamenti isolati, parziali, possono essere appena sensibili all' occhio nudo,

e valutabili soltanto quando siasi staccata la membrana. In altri casi però essi sono d' assai maggior rilievo; quindi risultano esantemi, vegetazioni, tumori presentanti infinite varietà sotto il rapporto della loro forma, tessitura, grandezza, del loro numero e della loro situazione.

Io non mi arresterò già a descrivere le forme sì differenti e sì bizzarre che i suoi tumori possono avere; farò però osservare che sovente solo in ragione di tale o tal' altra di queste forme si è creduto autorizzato a costituire di molti fra questi tumori, delle malattie particolari, e che si è abituato, senza ulteriore esame, a separare la loro descrizione dalla storia della gastrite cronica, come se una semplice modificazione di forma potesse stabilire una differenza reale fra malattie simili sotto tutti gli aspetti. Non parlerò neppure delle differenze in grandezza di questi tumori, e delle loro varietà in numero; siffatte particolarità trovansi dovunque: tali differenze, al pari di quelle nella forma, non sono che accidentali, nè possono servire al pari di queste a distinguere la natura della malattia. Per raggiungere questo scopo sarà d'uopo studiare soprattutto e il loro modo di sviluppamento e la loro tessitura.

Considerati sotto il rapporto della loro tessitura o della loro composizione anatomica, a così esprimermi, i tumori sviluppati alla superficie interna della membrana mucosa dello stomaco, e che sembrano essere soltanto una specie di espansione morbosa di questa membrana, possono dividersi in due classi. Nella prima si porranno tutti i tumori, tutte le vegetazioni ec., la cui tessitura rappresenta esattamente quella della membrana mucosa, sia indurita, sia rammollita a varj gradi. Nella seconda classe verranno posti i tumori la cui tes-

situra apparente non sembra avere analogia con la tessitura della membrana mucosa, sia sana, sia alterata. La prima classe di tumori parmi esser quella che si ha le più spesse volte occasione di osservare; e se è provato che l'indurimento e il rammollimento della mucosa gastrica sono un risultamento della sua infiammazione, queste medesime alterazioni dovranno pure ascriversi ad essa quando siano circoscritte e con ingrossamento abbastanza notabile da risultarne tumori. È chiaro che questo semplice cambiamento di forma non saprebbe trar seco un cangiamento nella natura della malattia. Il punto di controversia non può adunque più esistere che per la seconda classe di tumori, la cui tessitura non sembra più quella della membrana mucosa, sia nel suo stato sano, sia quando essa è infiammata a diversi gradi. Così, fra gl' ingrossamenti parziali di questa membrana, molti sono formati da un tessuto duro, omogeneo, di un color bianco sbiadato, solcato o no da vasi. Altri formano delle vegetazioni, de'funghi, sia pedicellati, sia continuantisi sur una larga base col resto della mucosa e formati da un tessuto molle, biancastro o rossastro, analogo al parenchima cerebrale che si putrefà. Questo tessuto encefalitico, sì mirabilmente descritto dal professore Laënnec, annunzia evidentemente una notabile modificazione di tessitura nella membrana mucosa. Ma se lo sviluppamento di questo tessuto encefalitico nello stomaco è preceduto da quelle medesime cause che producono la gastrite cronica, se la sua esistenza è segnalata da' medesimi sintomi, se in un gran numero di casi esso tende a confondersi, sotto il rapporto anatomico, con altre alterazioni che sono il risultamento indubitabile di una flemmasia, se finalmente, esso vuol essere combattuto col medesimo

modo di cura, sarà, penso io, ragionevole conchiudere che il tessuto encefalitico sviluppato nella mucosa gastrica sia risultamento di un processo infiammatorio. Enunciando questa asserzione non pretendo già dire, che ovunque apparisce il tessuto encefalitico l'infiammazione gli abbia dato necessariamente origine. Io credo che nello stato attuale della scienza non si abbiano ancora dati sufficienti per istabilire un tal fatto. Sonovi de' tessuti e degli organi ne' quali sarebbe impossibile dimostrare in altro modo che per analogia, che i varj tessuti accidentali siano stati prodotti dall'infiammazione; in tutti i casi, d'altronde, questa infiammazione non può concorrere alla loro produzione che come causa occasionale, quando abbiavi predisposizione.

La situazione de' tumori della mucosa in tale o tal' altra parte dello stomaco, è lungi dall'essere indifferente, poichè dall'una o dall'altra di queste situazioni possono risultare le varietà più grandi ne' sintomi. Chi non sa quanto siano lungi dal rassomigliarsi gli accidenti che si manifestano, quando la vegetazione occupa il contorno del cardia ch'essa oblitera più o meno compiutamente, quando occupa il piloro, o finalmente quando essa non esiste che su l'una o l'altra faccia dello stomaco?

Infine, vi sono de' casi in cui la membrana mucosa gastrica, in luogo di essere ingrossata od ipertrofiata, è più sottile che nel suo stato normale ed è stata soggetta ad una vera atrofia; incontrasi questo stato specialmente verso il gran fondo cieco, dove osservasi pure più frequentemente il rammollimento. Solo due volte ho trovato dal lato del piloro la membrana mucosa talmente assottigliata da non rappresentar più che una specie di tela trasparente di una finezza estrema;

se si cercasse levarla via, la si trasformerebbe in polpa di un bianco rossastro, come avviene in certi casi di rammollimento. L'atrofia della membrana mucosa dello stomaco debb' essere, al pari della sua ipertrofia, e del suo rammollimento senza diminuzione in densità, posta fra i prodotti dell' infiammazione? Ciò che avvi almeno di certo si è che, da una parte, quest' atrofia, la quale non sembra essere che una forma di rammollimento della mucosa, coincide il più delle volte con altri segni anatomici di gastrite cronica; dall' altra, i sintomi osservati durante la vita sono affatto simili a quelli che annunziano la gastrite (*). Una donna in età di 36 anni morì allo spedale della Carità correndo il mese di marzo 1825. Negli ultimi tre mesi di sua esistenza aveva avuto frequenti vomiti. Lo stomaco presentò molte piastre rosse in varj punti della sua estensione; oltre a ciò nella porzione splenica, sia su queste stesse piastre rosse, sia ne' loro intervalli, la membrana mucosa era rammollita, e ad un tempo talmente assottigliata, che non uguagliava certo la grossezza della membrana mucosa del seno mascellare.

Cionnondimeno, non mi sembrerebbe irrazionale l' ammettere che, in un certo numero di casi, l' assottigliamento della membrana mucosa gastrica risulti da una semplice atrofia senza precedente infiammazione, come questa non precede all' atrofia de' muscoli ne' tisici. Ho osservato siffatto assottigliamento in un certo numero d' individui attaccati da affezioni croniche al

(*) Non bisogna però perdere di vista che sintomi identici possono essere il prodotto di lesioni di differente natura, e che esigono una cura differente.

polmone; in questi non la sola mucosa, ma anche la tunica muscolare era in uno stato notabile di atrofia.

Le ulcerazioni della mucosa gastrica sono assai più rare di quelle della mucosa alla fine dell' intestino tenue e dell' intestino grasso. Cionnondimeno, sotto l' aspetto della frequenza di tali ulcerazioni, vuol essere stabilita una differenza fra la gastrite acuta e la cronica. Nella prima, a meno ch' essa sia un risultamento dell'introduzione di veleni corrosivi nello stomaco, l'ulcerazione è un fenomeno estremamente raro, mentre nell' enterite acuta la si osserva assai frequentemente. Pel contrario nel caso di flemmasia cronica dello stomaco incontrasi assai frequentemente la mucosa gastrica ulcerata; allora siffatta ulcerazione è le più spesse volte unica, ed ha un diametro più o meno grande. Intorno ad essa, la membrana mucosa può essere sana od ammalata; lo stesso dicasi della membrana cellulosa che ne costituisce il fondo. Quando questo è formato dal tessuto cellulare notabilmente indurito, e quando ad un tempo stesso la porzione della mucosa esistente in giro all' ulcerazione è ingrossata, gonfia, quasi fungosa e percorsa da molti vasi; quando sul fondo stesso esistono, sotto forma di vegetazione, degli avanzi più o meno estesi della membrana mucosa infiammata, molti medici chiamano questa alterazione un cancro della membrana mucosa terminata da ulcerazione. È questa un' espressione che le convenga? Discuterò questo punto con maggiori particolarità dopo aver trattato delle alterazioni delle altre tuniche dello stomaco.

Non rammenteremo punto qui i casi citati dovunque ne' quali furono vedute delle ulcerazioni dello stomaco

estese in profondità terminarsi con una perforazione di quest' organo. Non ricorderemo che in molti malati avvi allora effusione, nel peritoneo, delle materie contenute nello stomaco, mentre in altri, dove le pareti dello stomaco più non esistono, il fondo dell' ulcerazione vien costituito dal fegato, dalla milza, dal pancreas, che aderiscono in giro ad essa e oppongonsi a qualsiasi spandimento nella cavità peritoneale (*).

Qui però esporremo un fatto notabile per le circostanze che precedettero la perforazione, e per la natura non meno che pel numero delle lesioni in pari tempo esistenti. Riferiremo poscia l' osservazione di altro individuo egualmente attaccato da un'affezione cancerosa allo stomaco e che presentò la curiosa circostanza di essersi il suo stomaco perforato in un impeto di vomito, e fuori del punto ove il cancro esisteva.

I. OSSERVAZIONE. (**)

Comunicazione della cavità dello stomaco cancrenoso coll' interno del polmone attaccato da cangrena, traverso una cavità in cui sono compresi la pleura, il diaframma, e la milza in molta parte distrutta. — Durante la vita, segni di pneumo-torace e di un'antica affezione dello stomaco.

Klier Alessandro, sarto, in età di 40 anni nato a Neukirchem in Baviera, di una costituzione riunente i caratteri misti linfatico-sanguigni, capelli, sopracciglia,

(*) Rimandiamo su questo punto il lettore al nostro *Précis d'Anatomie pathologique.*

(**) Questa interessante osservazione è stata raccolta e compilata dal dott. Hebray, uno de' miei amici il cui zelo e la cui istruzione mi sono stati assai volte utili.

barba, bruni; occhi azzurri, colorito quasi pallido, statura cinque piedi. Ernia ombellicale poco voluminosa e antica. I suoi genitori, ben costituiti, sono tuttora viventi. Egli asserisce di non essere mai stato soggetto alle affezioni di petto, di aver gioito di ottima salute sino alla fine del 1828, tempo in cui risentì, per la prima volta, un mal essere frequente rispetto alle digestioni, alternative di fame divorante o disgusto assoluto per ogni sorta di alimenti. In Francia, dal 1810 in poi, ha vissuto costantemente nella più gran miseria, menando una vita affatto dissoluta, dandosi agli eccessi coll'uso de' liquori alcoolici; fu attaccato nove volte da sifilide nel corso di tre anni; dormiva il più delle volte a cielo aperto; era però sempre occupato, ne' momenti di riposo, atteso che, giusta l'asserzione del suo ultimo padrone che *mi ha trasmesso queste particolarità*, egli era molto abile e destro.

Sembra che li 20 agosto 1829, dopo una violenta discussione con alcuni suoi compagni, sia andato a dormire in un luogo alla scoperta, secondo la sua pratica, ed abbia ivi dormito tre ore. Al suo svegliarsi, penetrato da un freddo violento, tornò a casa sua e non essendo ancora notte si sdrajò sopra una tavola e dormì bene infino al dimani. Svegliato che fu, brivido violento, dolor vivo sotto la mammella sinistra, mal essere generale; poco dopo sopraggiunge la dispnea; finalmente, verso il quarto giorno, espulsione di sputi abbondanti, gialli, densi (non mai striati), senza sapore alcuno notabile; eranvi violenti accessi di tosse, che durarono senza tregua una mezza giornata. Vennero consigliate delle fumigazioni pel dolore di capo; il malato prese delle tisane di borraggine con miele, e si

trovò l' indimani alquanto sollevato; il dolore era sparito colla tosse.

Li 12 del mese di settembre, egli era entrato nello spedale essendosi i fenomeni predetti aumentati di molto in poche ore, e alli 13 presentò i sintomi seguenti: la faccia è pallida, scarna, abbattuta, l' alito fetidissimo, le gingive rosse ed escoriate, la lingua pallida e umida; il malato risente una difficoltà estrema ad articolare de' suoni; la respirazione è interrotta, avvi ben anche ortopnea; la sua estrema debolezza lo porta a tentare il decubito sinistro; ma è subito obbligato a rialzarsi prestamente e porsi disteso a metà, appoggiandosi sul gomito sinistro. Il torace è sagliente a sinistra, e il suo sviluppamento è tale che i muscoli intercostali oltrepassano il livello delle ossa. La parte destra soltanto si muove durante la respirazione, e i moti di elevazione non sono sensibili a sinistra che negl' intervalli delle coste. La vibrazione, quasi nulla a sinistra, è molto sensibile a destra. Il mormorio respiratorio manca a sinistra, a destra lo si ode molto bene. Odesi a momenti il soffio metallico sotto il seno sinistro, ma è lieve e intermittente. Avvi sonorità assoluta e relativa grandissima a sinistra; a destra il suono è naturale. Quando il malato si tien seduto in letto, posizione che può conservare solo per pochi minuti, i fenomeni della parte posteriore sono affatto identici ai sopra descritti. La voce risuona ed è amforica a sinistra; è naturale a destra. Si sente assai poco il tintinnio metallico; ciò proviene senz' altro dall' impossibilità di ascoltar bene. Finalmente, la tosse è frequente, la respirazione ansante; l'espettorazione, piuttosto copiosa, dà sputi diffluenti, bianchi, poco spumosi, misti a leggeri fiocchi; il loro odore è soffocante (vi si è creduto riconoscere

l' odore delle fecce unitamente a quello di cangrena; vedremo più tardi che il diagnostico era fondato). Il polso è debole e frequente, la pelle fredda anzi che naturale.

14. Medesimo stato; maggior difficoltà a respirare.

15. Il malato non può darsi riposo; qualunque posizione gli è penosa e dolorosa; avvi fors' anche maggior ortopnea che il giorno innanzi alla visita; la tosse è forte; l' odore degli sputi è notabile per la sua estrema fetidezza.

16. Oggi per la prima volta l' esplorazione si potette fare convenevolmente per indietro: abbiamo trovato, verso l' angolo inferiore dell' omoplata, il tintinnio metallico distintissimo, la respirazione amforica, la voce *idem*, il soffio metallico fortissimo durante l' inspirazione. Questo punto è doloroso. A destra la respirazione è bronchica; a sinistra mutezza di suono; sonorità a destra; precisamente il contrario per davanti, ove i fenomeni restano simili a quelli del 15. Il polso frequente e piccolo; la pelle fredda; la lingua rossa al centro, rossa ai margini e sparsa di piastre bianche verso la base. L' alito è soffocante; la tosse meno frequente d'ieri, la respirazione interrotta; ortopnea; gli sputi sono differentissimi da quello, li abbiamo veduti negli ultimi giorni; essi sono viscosi, simili ad una densissima soluzione di gomma, e misti di granelli bianchi aventi il volume di un grano di seme di canape; il loro odore è meno forte d' ieri sera. Il malato ha dormito un poco questa notte, è però sempre debole; la faccia pallida, gli occhi incavati, le pinne del naso depresse, la fronte rugosa ec. Avvi abbattimento d'animo, ansietà; la voce è alterata.

17. Medesimo stato generale; gli sputi non hanno i

grumi bianchi d'ieri; il loro odore è agretto, quello del malato ricorda l' odore soventi volte esalato dagl' individui in cui dopo un' amputazione viene a stabilirsi una suppurazione nell' organo polmonare. Il decubito sul lato sinistro è possibile.

18. Dispnea grande; medesimi sputi assai meno numerosi; poca tosse; la faccia abbattutissima, pallida; la voce debolissima, e la pronunciazione sommamente difficile. Il malato ha dormito un poco; egli si tiene piegato sul suo letto abbracciando colle due mani i suoi ginocchi, o, per ispossatezza, si lascia cadere sul lato sinistro. Novantacinque pulsazioni; durezza del polso, piccolo e serrato; le estremità fredde; sudore al torace, estremamente voluminoso a sinistra, affatto sonoro, senza vibrazione, doloroso; gli spazj intercostali danno al tatto la sensazione di una vescica piena di aria. Non odesi che il tintinnio e la risonanza metallica della voce a destra; la respirazione è puerile, il suono conveniente, la dilatazione poco pronunciata (la respirazione quasi tutta addominale); avvi vibrazione, anche dolore, però meno forte che a sinistra. Nessuna diarrea, tre evacuazioni alvine tutt' al più; nè sete, nè fame; alito agretto.

19. Lo stato del malato ha peggiorato sotto ogni aspetto. Gli strepiti metallici ed amforici sono più forti. Nessun sputo; poca tosse; impossibilità di articolare una parola; sudor freddo, viscoso, fetido, agretto. Rantolo de' moribondi verso le due dopo mezzodì; morte alle nove ore meno venti minuti, senza dolori, nè lamento.

Autopsia del cadavere
fatta ventun' ora dopo la morte.

Secondo grado di marasmo; colore del corpo pallido; sviluppamento notabile dal lato sinistro del torace. Un' incisione praticata fra la settima e l' ottava costa; dà uscita a dell' aria in quantità bastante da spegnere e riaccendere una candela. Il polmone sinistro è compresso lungo la colonna spinale, ed aderisce colla sua faccia posteriore alle pareti del torace; in alto le aderenze sono antiche, al basso recenti. Quest' organo è carnificato, e il suo colore verde-chiaro non è punto ascrivibile alla decomposizione cadaverica. La cavità è mezzo riempiuta di un liquido molto simile al siero in cui nuotano grumi biancastri, agevolmente friabili, analoghi a del *cacio*. Questo polmone insufflato per la via della trachea, presenta un' uscita verso la parte media della circonferenza del lobo sinistro, a due dita del suo margine tagliente; l' aria che ne scappa fuori produce delle bolle che vengono a scoppiare alla superficie del liquido effuso, più sotto, questo margine è aderente alle costole nel resto della sua estensione, e, distruggendo questo rapporto, trovasi un' escara bruno-grigiastra avente il volume di un' avellana, otturante in modo imperfetto un secondo pertugio. Queste due aperture vengono praticate su la parete esterna di una buca contenente del tritume polmonare, e comunicante, per aderenza e fusione putrida consecutiva, col gran fondo cieco del ventricolo; l' apertura può ammettere due dita. Quest' ultimo viscere è scirroso in tutta la sua porzione cardiaca, e presenta la grossezza di un pollice

a diciotto linee verso il punto perforato. Parleremo nuovamente di questo stato più sotto.

La pleura costale è ulcerata in quasi tutta la sua estensione e sui punti non aderenti al polmone; essa lascia denudati gl'intercostali interni, essi medesimi intaccati nella loro grossezza totale sopra alcuni punti; velano all'infuori e cagionano una parte della dilatazione visibile all'esterno.

La pleura laterale è liscia e coperta da una tela pseudo-membranosa molto leggiere, cangrenata in alcuni punti (bianco-sporco), i quali, incisi perpendicolarmente, conducono a centri contenenti un detritus simile a della fuliggine diluita nell'acqua, e a' marciumi gangrenosi; un odore affatto speciale ne esala, che ricorda quello degli sputi del 12, ma è più forte, più soffocante e più tenace. Queste cavità ammettono un seme di canape, alcune un piccolo pisello. La sommità del polmone rinchiude masse cretacee, incastrate nelle vestigia di vecchie caverne già da tempo obliterate; la loro durezza indica il tempo remoto della loro formazione.

La pleura destra non contiene che un poco di sierosità limpida; essa è infiammata in varj punti, ha un colore di ardesia; sopra alcuni punti soltanto è vestita della pseudo-membrana onde abbiamo parlato a destra. Il polmone, in molta parte permeabile all'aria, è coperto da una tela simile a quella del lato sinistro, non continua; essa manca soprattutto là dove osservansi macchie (bianco sporco) conducenti come a sinistra, a fochi cangrenosi; da questo lato sono più comuni. La sommità del lobo superiore presenta un affondamento e delle rughe indicanti antiche caverne. Inciso verticalmente, esso presenta delle masse cretacee come a si-

nistra, e infine un grosso tubo bronchico terminato *ex abrupto*. Nessuna aderenza anteriore; ne esistono alcune indietro e soprattutto in alto.

Il pericardio è rosso per un terzo della sua estensione a sinistra; a destra esistono alcune ramificazioni leggiere. Il cuore presenta qua e là delle piastre color madre-perla, color di raso, radiate. Esso è poco voluminoso.

Il diaframma nella sua parte sinistra è sensibilmente alterato nella sua tessitura, partecipa della degenerazione cancerosa dello stomaco solo al punto di perforazione; più lungi è intatto e non presenta nulla di notabile.

Lo stomaco contiene un liquido analogo a quello della cavità toracica sinistra; le pareti aumentano *gradatim* in grossezza, partendo dal piloro che è intatto, fino alla metà del gran fondo cieco perforato, come già abbiamo detto. La sua sostanza è indurita, lardacea, di colore bianco soprattutto al punto occupato dalla tunica muscolare che rappresenta uno strato distinto dal resto; la mucosa presenta verso la piccola curvatura, e intorno alla soluzione di continuità delle numerose fungosità, il cui taglio verticale lascia vedere un tessuto bianco percorso da un numero piccolissimo di vasi sanguigni.

La milza è sparita; essa forma il centro del foco purulento stabilito traverso il diaframma, il suo parenchima è riconoscibile e quasi naturale verso le due estremità del suo gran diametro; il suo centro in totalità è ridotto a polpa brunastra, e forma molti tramezzi incompleti estesi trasversalmente all'asse della infossatura.

L' epiploo gastro-colico è affatto rosso e presenta molte vegetazioni miliari ugualmente rosse e dure.

Il fegato è voluminoso, al tutto giallo, ma non lascia unto lo scalpello. Il canale coledoco è larghissimo.

I reni sono sani; il sinistro è aderente colla sua estremità superiore al fondo cieco dello stomaco ed alla massa formata da questo viscere, la milza e il diaframma. La capsula sopra-renale più non esiste; la si trova a destra; essa ivi è voluminosa.

Gl' intestini, manifestamente in istato di flogosi in generale, sono coperti da una membrana siero-purulenta, cremosa; il fondo del piccolo bacino contiene alcune cucchiaiate di un liquido purulento assai denso. I ganglj mesenterici, e quelli soprattutto aderenti alla colonna vertebrale, sono induriti e scirrosi.

La vescica è sana. L' uretra porta le tracce di una flemmasia antica; la mucosa è ulcerata in varj punti, escoriata verso l' orificio libero.

II. OSSERVAZIONE.

Ulcera cancerosa dello stomaco. Fondo dell'ulcera formata dal pancreas. Perforazione delle pareti dello stomaco durante uno sforzo di vomito. Peritonite.

Un uomo in età di 64 anni, operaio in rame diceva essere tormentato, da un mese soltanto, da dolori addominali estremamente violenti, che duravano una mezza giornata, lo abbandonavano, poi ritornavano l'indimani o il giorno successivo a questo.

Eranvi a un tempo anoressia completa, nausee, vomiti. L' introduzione degli alimenti nello stomaco aumentavano od anche riproducevano i dolori addominali onde il malato non determinava punto la sede.

Gli alimenti erano le più volte in parte rigettati, alcun tempo od anche assai più di rado subito dopo essere stati inghiottiti.

Il malato, d' altronde, fu assai lievemente esaminato, il suo mestiere di lavoratore in rame aveva indotto a pensare che l'insieme de'sintomi da lui risentiti fossero attribuibili alle emanazioni metalliche; in una parola, che fosse una colica di piombo accompagnata da alcuni sintomi insoliti.

Vennero prescritti, in conseguenza, quattro grani di emetico in un bicchiere di acqua; la decozione di prugne secche edulcorata, per bevanda, un lavativo narcotico, un giuleppo.

Il malato vomitò molto dopo aver preso l' emetico ed ebbe copiose evacuazioni alvine. In conseguenza di un' impeto di vomito ebbe il sentimento di una palla che, partendo dalla regione epigastrica, fosse discesa fin sotto all'ombellico. Da questo momento, apparizione di tutti i sintomi di una peritonite acutissima. Morte all' indimani.

Sezione del cadavere.

Testa e petto perfettamente sani.

Addomine. Una quantità grande di sierosità rossastra, mista a fiocchi albuminosi, è sparsa nell' addomine. La tunica peritoneale degl' intestini presenta delle piastre rosso-vermiglie d' uno in altro spazio. La membrana mucosa è sana.

Stomaco. Su la faccia anteriore di questo viscere, a tre o quattro traversi di dita a sinistra del piloro, vicinissimo al margine diaframmatico, osservasi una perforazione assai larga per ricevere l' estremità del piccolo

dito. Le materie contenute nello stomaco eransi certo sparse nella cavità del peritoneo traverso questa perforazione, conseguenza della rottura delle pareti malate dello stomaco, in mezzo agli sforzi del vomito. Quindi ne venne la peritonite; la sensazione della palla dall'ammalato risentita indicava verisimilmente il momento in cui questo spandimento era avvenuto.

Inciso lo stomaco, trovossi in indietro e più a sinistra della perforazione della parte anteriore, un' ulcerazione della larghezza tripla o quadrupla presso a poco, con margini grossi, rialzati, irregolari il cui fondo era formato dal pancreas, le tuniche dello stomaco essendo state in questa parte affatto distrutte. Un tessuto cellulare denso e serrato univa al pancreas i margini dell' ulcera, e opponevasi per tal modo a qualsiasi spandimento di materie nella cavità addominale.

Intorno a quest' ulcera le tuniche dello stomaco, notabilmente ingrossate, erano degenerate in un tessuto bianco, lardaceo, stridente sotto lo scalpello. Il fondo dell' ulcera stessa presentava uno strato nerastro e ridotto in putridume. Al disotto di questo strato che aveva quattro a cinque linee in grossezza, il tessuto del pancreas aveva conservato il suo aspetto naturale.

ARTICOLO SECONDO

LESIONI DE' TESSUTI SOTTOPOSTI ALLA MEMBRANA MUCOSA.

Nell' articolo precedente io mi sono in ispecial modo occupato a descrivere le alterazioni numerose e variate cui la membrana mucosa gastrica può andar soggetta quando venga attaccata da infiammazione cronica. In questo secondo articolo parlerò delle lesioni degli altri

tessuti che entrano nella composizione delle pareti dello stomaco.

Situati sotto la membrana mucosa, dalla quale sono tuttavia dipendenti, i follicoli sparsi su la superficie interna del ventricolo presentano un certo numero di alterazioni che hanno parte importante nelle malattie dello stomaco. Queste alterazioni si riferiscono specialmente: 1.° al loro volume; 2.° alla struttura delle loro pareti; 3.° alla natura della materia ordinariamente da' follicoli esalata.

Vi sono degli stomachi alla cui superficie interna il più attento esame appena lascia scorgere alcuni follicoli pochissimo apparenti, e questa mancanza presso a poco totale de' follicoli trovasi ugualmente, sia in uno stomaco sano in apparenza, sia in uno infiammato a varj gradi e in modo acuto o cronico. Alla superficie interna di altri stomachi i follicoli sono assai più visibili: veramente in istato d' ipertrofia, essi presentansi quai granulazioni tondeggianti, sia isolate, sia conglomerate in varj punti del ventricolo. Non è verisimile che in simil caso i follicoli che si veggono siano di nuova formazione; ma, troppo piccoli nel loro stato normale per essere riconoscibili ad occhio nudo, sonosi fatti apparenti a misura che l' infiammazione, rendendoli sede di una nutrizione più attiva, ha aumentato il loro volume. Questo sviluppamento insolito de' follicoli può essere nello stomaco o parziale o generale: parziale lo si osserva in due punti principali: 1.° in giro e un poco sotto l' orifizio cardiaco; 2.° verso l' estremità pilorica dello stomaco, nell' estensione di alcuni traversi di dita al di qua del punto di separazione di quest' organo e del duodeno. Trovansi alcuna volta in questo spazio i follicoli mucosi talmente sviluppati e conglo-

merati, che la superficie interna dello stomaco si avvicina allora, sotto il rapporto della presenza di un numero grande di follicoli, all'organizzazione del duodeno, esaminato soprattutto nella sua prima curvatura, ove i follicoli mucosi sono più grossi, più numerosi, più vicini gli uni agli altri che in verun altro punto del tubo digerente, eccetto quelli però in cui esistono le glandule agminate di Peyer; quest' ultime, nel loro stato normale, sono d' altronde assai meno voluminose delle cripte del duodeno.

Quando lo sviluppamento de' follicoli gastrici è generale, ne risultano due varietà di aspetto relativamente alla superficie interna dello stomaco. Talvolta, in tutta la sua estensione, sono sparse in gran numero delle granulazioni, varie in volume, bianche, grige, rosse, o brunastre, al cui centro è sovente possibile scoprire un orifizio la cui estremità è frequentemente guernita da un cerchio vascolare rosso o nero. Tal'altra, in ragione di uno sviluppamento ancor più grande de' follicoli, la membrana mucosa sembra quasi fornita di capezzoli in una parte più o meno grande della sua estensione. A prima giunta si potrebbe credere che questo aspetto bitorzoluto dipenda dall' ineguale ipertrofia cui la mucosa nelle sue varie porzioni è stata soggetta; può essere infatti così in alcuni casi; ma quello onde un attento esame mi ha più volte convinto si è, che i capezzoli della membrana mucosa gastrica possono pure dipendere dall' aumento simultaneo in nutrizione occorso in un numero grande di follicoli; questi ultimi colpiti da ipertrofia costituiscono i capezzoli; e gli affondamenti, le specie di solchi esistenti fra essi, non sembrano esser altro che porzioni di membrana mucosa da follicoli non sollevate. Quando la superficie interna dello sto-

maco presenta un aspetto così bitorzoluto, avvi ordinariamente a un tempo stesso un color grigio o bruno della mucosa, e durante la vita vennero osservati i varj sintomi indicanti l'esistenza di una gastrite cronica. Più di una volta io non ho trovato altra lesione in individui i quali mi avevano presentato tutti i segni razionali di un' affezione detta cancerosa dello stomaco, come, dolori epigastrici, sia continui, sia ritornanti a sbalzo; colorito giallopaglia della faccia, marasmo, rigettamento delle materie introdotte nello stomaco, vomiti neri, ec.

Tali sono le principali alterazioni che presentano nell' uomo i follicoli mucosi dello stomaco; ma nel cavallo ho sovente osservato in questi medesimi follicoli altre lesioni che mi sembrano soprattutto degne di attenzione, in ragione delle conseguenze che possono dedursi relativamente alla natura di un certo numero di disorganizzazioni e di trasformazioni di molti fra' nostri tessuti.

Non è raro veder elevarsi dalla superficie interna dello stomaco del cavallo de'tumori tondeggianti, il cui volume varia da quello di una cerasa o da una nocciuola fino a quello di un grosso arancio. Al disopra di essi passa la membrana mucosa, e nel loro centro esiste un orifizio traverso il quale uno stiletto introdotto penetra con facilità nell'interno del tumore, il quale, lungi dall' essere solido in tutta la sua estensione, costituisce pel contrario una semplice borsa riempiuta da un liquido di natura e di consistenza variabili. Ora questo liquido rassimiglia a muco, ora presenta un aspetto puriforme; altrove esso è formato da una materia più consistente, grumosa, friabile, di un color bianco sbiadato, o leggermente giallastro; in altri casi è una sostanza simile a miele analoga a quella che stilla

da tumori melicerici sviluppatisi sotto la pelle; in alcuni individui la materia accumulata nell' interno di questi tumori rammentava l' aspetto della materia sebacea, sevosa che trovasi nell' interno delle pustule cutanee. La composizione anatomica delle pareti di questi tumori non era meno variabile della natura del liquido che contenevano. In alcuni queste pareti, assai sottili, erano costituite in principal modo da un prolungamento della membrana mucosa, vestita esternamente di uno strato più o meno denso del tessuto laminoso. In altri tumori questo strato celluloso vestiva a poco a poco un aspetto fibroso, e altrove infine lo si trovava trasformato in vera cartilagine.

Ho veduto alcuna volta le pareti fibrose o cartilaginose di questi tumori incavate da logge moltiplici nelle quali erano contenuti molti entozoarj, aventi tutti i caratteri del grand' ordine delle nematodi di Rudolfi, di un bel color bianco, assottigliati alle loro due estremità, lunghi una a due linee, della grossezza di un capello, moventisi con agilità nelle logge ove trovavansi accumulati, esistenti pure all' interno della borsa principale, uscenti dall' orifizio centrale di questa, e spargentisi alla superficie interna dello stomaco. Questi vermi non eransi d' altronde sviluppati dopo la morte in conseguenza di una putrefazione incominciata, avendone io verificata l' esistenza in cavalli disseccati immediatamente dopo essere stati ammazzati.

Quale si è la natura di questi tumori? Se, ad oggetto di scoprirla, incominciasi ad esaminare i più voluminosi fra di essi, si resta incerti su la loro origine, sul modo di formazione, e si è indotto a classificarli fra' cisti suscettivi di svilupparsi di pianta in seno a' tessuti animali, e soprattutto in seno dell' elemento celluloso

che attornia e separa questi varj tessuti. Cionnondimeno, nell'esame stesso di questo caso il più complicato una circostanza quasi costante colpisce l'osservatore, vale a dire, l'esistenza di un orifizio al centro de' tumori; la regolarità di quest' orifizio, la sua posizione uniforme, il suo diametro sempre lo stesso e l'aspetto de' suoi margini allontanano l'idea di una soluzione di continuità, e inducono già il sospetto che quell' apertura sia naturale, che sia per avventura l'orifizio dilatato di un follicolo ingrandito. Cionnondimeno questa è soltanto una presunzione; ma, studiando tumori più piccoli, con pareti più semplicemente composte, questa presunzione si fa certezza; veggonsi per gradi insensibili il follicolo ingrandirsi, le sue pareti passare ad uno stato d'ipertrofia, la sua cavità dilatarsi, nuovi tessuti svilupparsi intorno ad esso, e il muco che separa nello stato normale divenire successivamente materia purulenta, tubercolosa, sebacea, melicerica, cretacea, essere finalmente surrogata da un liquido in seno a cui sviluppansi esseri viventi, entozoarj. Conosciuti e valutati questi cangiamenti successivi, la natura de' più voluminosi fra questi tumori non è più difficile da penetrarsi di quella del più piccolo e più semplice. Fra questi tumori sonovene alcuni che non presentano alcun orifizio centrale; ma essendo tutto il resto analogo, devesi conchiudere che questo orifizio siasi obliterato, a quel modo che sotto a' nostri occhi noi veggiamo sparire bene spesso l' orifizio de' follicoli cutanei, i quali, sviluppandosi, divengono ciò che noi diciamo macchie cutanee. Così, ed è la conseguenza generale che io trarrò dal complesso de' fatti precedenti, deviato che sia dal suo modo di nutrizione normale, se così posso esprimermi, un tessuto, un' or-

gano, può andar soggetto a cangiamenti i più variati, i più inaspettati, sia nella sua forma, sia nella sua tessitura; e in questa serie di metamorfosi può verificarsi uno stato in cui trovisi talmente diverso da sè stesso da essere necessariamente mal ravvisato, quando non si studiino nel loro ordine successivo le numerose trasformazioni cui è andato soggetto. Procedendo così, si riesce sovente a dimostrare che molte produzioni accidentali, riguardate quai tessuti eterologhi, prodotti di pianta in seno a' tessuti dello stato normale, non sono altro che questi medesimi tessuti alterati. Ho cercato altrove provare che così era, a modo d'esempio, rispetto alle granulazioni polmonari (*), e nel tratto successivo di quest' opera cercherò di far rientrare in questi principj la formazione delle degenerazioni scirrose dello stomaco.

I liquidi che lo stomaco sano separa possono essere più o meno notabilmente alterati sotto il rapporto della loro quantità e delle loro qualità: ne' casi in cui siavi gastrite cronica. Un individuo venuto allo spedale con tutti i sintomi di questa malattia, vomitava tutti i giorni, da lungo tempo, quasi quattro pinte di un muco biancastro, come viscoso, simile a chiara d'uovo non anco cotta. Questo muco era vomitato a più riprese nelle ventiquattr' ore; ciò che vi aveva di notabile si è, che le tisane, i brodi, le creme di risi, le minestre, in breve, i pochi alimenti da lui presi, non erano mai rigettati. Fatta la sezione del cadavere, non trovossi nello stomaco altra lesione che un' ipertrofia generale della membrana mucosa, con colorazione bruna del suo tessuto e sviluppamento sensibilissimo di follicoli.

(*) *Clinica Medica*, t. 2.

Fra le materie che dopo la morte trovansi nello stomaco attaccato da flemmasia cronica, e che durante la vita possono essere rigettate per vomiti in quantità talvolta prodigiosa, non bisogna dimenticare quella materia nera, che ha già da lungo tempo fermato l'attenzione de' patologi, e che venne paragonata, sia a cioccolatte disciolto nell' acqua, sia a feccia di caffè ecc. Due questioni possono qui porsi: 1.° quale sia la natura di questa materia; 2.° se la sua secrezione vada combinata ad una lesione speciale delle tuniche dello stomaco.

Ho mandato a Lassaigne una certa quantità di materia nera vomitata da una donna, la quale, già da un mese, ne rigettava ogni giorno più di una pinta. Questa materia conteneva molt' acqua, dell' albumina, un acido libero, di natura organica, e, oltre a ciò, essa era fatta torbida e nerastra dalla sospensione di una materia colorante di un bruno carico, insolubile nell' acqua, solubile pel contrario nell' acido solforico, e presentante, così disciolta, un bel color rosso sanguigno, simile a quello che presenta la materia colorante del sangue nell' acido stesso. Assoggettata alla calcinazione, essa abbruciava senza gonfiarsi; e lasciava un residuo leggiero, di color rosso di mattone, composto di ossido di ferro al *maximum* e di tracce di fosfato di calce, come ne somministra la materia colorante del sangue non purificato.

Da questa analisi ne segue che il color nero delle materie vomitate in un certo numero di affezioni dello stomaco è attribuibile alla presenza di un elemento organico che ha la più grande analogia colla materia colorante del sangue. Tale è il risultamento cui già era pervenuto Breschet, quando dopo aver dimostrato, nel

suo bel lavoro su le melanosi, che questa produzione accidentale viene in principal modo formata da una materia colorante che ha i maggiori rapporti con quella del sangue; l'induzione lo portò a collocare fra le melanosi la materia de' vomiti neri. Io ho cercato, in un altro mio scritto, di fortificare questa opinione con novelle prove. In uno stomaco da me recentemente esaminato, ho trovato della materia colorante nera sotto due forme. Da prima essa esisteva libera nella cavità dello stomaco, alla cui superficie interna era stata separata, e, inoltre, in molti luoghi, era combinata colla membrana mucosa gastrica, e la coloriva di un bel nero, a quel modo che nello stato normale essa colorisce pure certe porzioni di membrane mucose in molti animali.

Quindi, così sotto il rapporto della sua composizione chimica, come sotto quello del suo colore, la materia de' vomiti neri vuol essere assimigliata a quella delle melanosi; al pari di questa essa è principalmente costituita da una materia colorante, che avvicinasi molto a quella del sangue. D'altronde, è d'uopo riconoscere che nell'atto che la separa dal sangue essa può modificarsi più o meno; donde risulterà che in tale circostanza essa sarà al tutto identica colla materia che dà al sangue il suo colore, mentre in tal'altra circostanza se ne allontanerà più o meno (*). Questo

(*) È possibile che ricerche ulteriori dimostrino, la materia colorante nera costituente le produzioni melaniche allontanarsi affatto, in certi casi, per la sua composizione chimica, dalla materia colorante del sangue, ed essere allora un prodotto separato di nuova formazione, al pari delle numerose materie coloranti azzurre, verdi ecc., che tingono sì riccamente i tessuti cutanei, mucosi, pelosi ecc. di molti animali. Alcuni dati fisio

d' altronde è ciò che avviene di molti altri prodotti dello stato sano o morboso, emananti dal sangue, ed i cui analoghi trovansi negli elementi di questo liquido. Quindi la sierosità separata dal sangue alla superficie delle membrane sierose non è più sempre quella che trovasi nel sangue, sotto il rapporto della proporzione di acqua, di albumina e di sali da essa contenuti. È lo stesso della fibrina.

Porremo qui la storia di un caso che mostreraci una materia nera sparsa sotto forma di macchie nere alla superficie interna dello stomaco, nel mentre essa esisteva libera e sotto forma liquida nella cavità stessa dell' organo.

III. OSSERVAZIONE.

Melanosi dello stomaco. Nessun altro sintomo gastrico che una compiuta anoressia. Idropisia senza lesione valutabile che valga a spiegarla.

Una donna in età di cinquant' anni circa morì allo spedale (servizio di Lerminier) durante il mese di febbraio 1826. Al tempo del suo ingresso allo spedale essa aveva un' infiltrazione sierosa generale del tessuto cellulare sotto cutaneo, ed un' idropisia ascite. Invano cercossi penetrare la causa di questa leucoflemmassia: i battiti del cuore parevano nel loro stato fisiologico, niente indicava una malattia del fegato; nessun altro viscere appariva alterato. I commemorativi non vale-

logici m' indurrebbono, per esempio, a pensare che la materia colorante nera de' polmoni, sì copiosa ne' vecchi, sia soprattutto formata dal carbonio.

vano niente più a illuminarci: l'ammalata diceva che la sua idropisia erasi stabilita a poco a poco, cominciando dalle membrane ed estendendosi progressivamente all'addomine; ella non aveva mai sentito dolore alcuno al ventre; la sua respirazione erasi fatta alcun poco difficile dal tempo soltanto che l'ascite era divenuta rilevante. Nel corso delle sei settimane circa passate dal tempo dell'ingresso di questa donna a quello della sua morte, l'idropisia non diminuì; l'indebolimento generale si fece sempre maggiore; di tempo in tempo flusso di corpo; l'anoressia era totale; d'altronde, nessun dolore all'epigastrio, nessun vomito, aspetto naturale della lingua. L'ammalata deperiva insensibilmente, e soccombette senza aver presentato nuovi sintomi.

La sezione del cadavere non mostrò l'esistenza di alcuna lesione nel cuore, e nemmeno nelle sue dipendenze (pericardio, arterie e vene seguite nelle loro varie divisioni). I polmoni, ingorgati alla loro parte posteriore, erano nel resto sani. Il canale toracico, seguito in tutta la sua estensione, era libero, e conteneva, come d'ordinario, un poco di sierosità senza colore e limpida. Un liquido simile era effuso in quantità grande nel peritoneo che non presentava, nel resto, traccia alcuna d'infiammazione antica o recente. Il fegato avea il volume, la consistenza ed il colore, che, nello stato attuale delle nostre cognizioni, costituisce per noi il suo stato sano. Era lo stesso della milza, del pancreas, de' gangli mesenterici e dell'apparecchio orinario (*).

(*) Ho descritto nel *précis d'anatomie pathologique*, una lesione de' reni che è stata pur indicata dal medico inglese Bright, e che coincide sovente con un'idropisia, alla cui spiegazione non trovasi alterazione veruna in alcun altro organo che nei reni.

Ma lo stomaco ci presentò un genere di alterazione che difficilmente sarebbesi preveduto. Al momento in cui venne inciso lungo la sua gran curvatura, ne fuggì un liquido nero come inchiostro che posto in contatto con un pannolino e con carta bianca, dava ad essi una tinta simile a quella che avrebbe prodotto sopra di essi l' apposizione della membrana coroide. La quantità di questo liquido contenuto nello stomaco poteva essere valutata uguale a quella che tre bicchieri ordinarii avrebbono contenuta. La superficie interna del ventricolo essendo stata lavata ed asciugata, noi la trovammo sparsa di un numero grande di macchie aventi un color nero carico, esattamente circolari od ovulari. Tre o quattro di queste macchie erano un poco più larghe di una moneta da due franchi. Otto a dieci avevano la grandezza di un franco; le altre, assai più numerose, avrebbono potuto ammettere, nello spazio che occupavano, da una moneta di dieci o cinque soldi fino a un grano di miglio; esse non mostravansi più finalmente, in alcuni luoghi, che quai piccolissimi punti neri. Intorno alle due più larghe macchie, e ad alcune altre più piccole, la membrana mucosa presentava un color livido che, assai apparente nello spazio di alcune linee intorno alla macchia nera, andava indebolendosi a misura che se ne allontanava; intorno alle altre macchie, ne' loro intervalli, e in ogni altro punto la superficie interna dello stomaco era pallida, e la mucosa non presentava alcuna alterazione valutabile sotto l' aspetto della sua consistenza e della sua grossezza. La colorazione nera aveva sede soltanto nella membrana mucosa; ma essa la presentava con uguale intensità su le sue due facce; dove era così colorita, vedevasi pure più grossa e più resistente che altrove. In alcuni punti

il tessuto cellulare sottoposto alle macchie nere era rossastro. Non osservammo nient'altro di notabile in tutto il restante del tubo digerente.

Al momento in cui scorgemmo quelle piastre nere disseminate alla superficie interna dello stomaco, fummo colpiti dalla loro simiglianza colle vere piastre cangrenose, ed in particolare colle escare determinate nello stomaco dall' ingestione dell' acido solforico concentrato. Ciò non di meno nessun odore cangrenoso esalava dallo stomaco: il genere di morte dell' ammalata allontanava ogni idea di avvelenamento per mezzo di un corrosivo; non eravi stato sintomo alcuno di affezione acuta dello stomaco: d' altra parte un ravvicinamento poteva essere stabilito fra la natura delle macchie nere della mucosa e quella del liquido del medesimo colore contenuto nello stomaco. Allora noi rifiutammo ogni idea di affezione cangrenosa, idea che non si accordava colla natura de' sintomi osservati durante la vita, nè con quella delle lesioni stesse più attentamente esaminate. Non vedemmo più in questo caso che un esempio di melanosi dello stomaco, in altre parole, di una secrezione di materia colorante nera che, da una parte, era stata depositata nel tessuto stesso della membrana mucosa, dal che proveniva la colorazione nera accidentale di questa membrana simile a quella che esiste naturalmente negli animali in certe porzioni di loro membrane mucose, e che, d' altra parte, era stata esalata alla superficie libera della membrana mucosa, d'onde ne veniva la presenza di un liquido nero nell' interno dello stomaco.

Ho creduto utile pubblicar questo fatto: 1.° perchè furono citati ancor troppo pochi esempj di un simile deposito di pigmento nero, sotto forma di macchie cir-

coscritte, nel tessuto stesso della membrana mucosa gastrica; 2.° perchè questo fatto non può mancare di importanza sotto il rapporto della medicina legale, come presentante lesioni avvicinantisi sotto alcuni aspetti a quelle che può produrre l' acido solforico; 3.° perchè questo fatto dimostra che una materia analoga a quella costituente i vomiti neri in certi cancri dello stomaco, può essere esalata in quest'organo, senza che siavi affezione cancerosa, od anche gastrite, poichè qui, nell' intervallo delle piastre nere, la mucosa era sanissima, e nulla dimostra che queste piastre stesse siano state il risultamento di un processo infiammatorio. È verisimile che il pigmento nero sparso nello stomaco non vi si formasse durante la vita che in piccola quantità, in modo di poter passare tutto intero nel duodeno; poichè più copioso, esso avrebbe dovuto essere rigettato col vomito. Forse non cominciò ad essere esalato che negli ultimi tempi della vita. Non dimentichiamo d' altronde quanto poco fossero apparenti i sintomi gastrici. L' anoressia fu il solo segno che annunziasse l' esistenza di qualche turbamento dal lato dello stomaco.

Un' altra circostanza notabile di questa osservazione si è l'esistenza di un' idropisia (anassarca ed ascite) senza lesione valutabile, sia meccanica, sia infiammatoria, che possa renderne ragione. Qui non ci è dato di poter risalire alla causa che ha prodotto questa idropisia, poichè, dire che dipendesse o da un eccesso di attività de' vasi esalanti, o da un' atonia degli assorbenti, o da un difetto di equilibrio fra l' azione di questi due ordini di vasi, è un fabbricare pure ipotesi. Tutto ciò che noi vediamo è un aumento di quantità nel liquido che riempie le areole del tessuto cellulare e

la membrana sierosa addominale. Così adunque, malgrado la viva luce che i lavori moderni hanno sparso su l'etiologia delle idropisie, l'osservazione ci sforza a riconoscere esservi ancora un certo numero di casi in cui sia lo studio de' sintomi, sia l'anatomia patologica non possono per anco svelarci la causa.

Già nella prima parte di questo lavoro ho cercato dimostrare come mai, consecutivamente all'infiammazione della membrana mucosa, e sia d'altronde che questa infiammazione persista ancora o sia sparita, i tessuti che le sottostanno possono subire diverse specie di alterazioni che trattasi ora di descrivere.

Nel numero di que' tessuti od elementi anatomici, oltre la membrana mucosa, che entrano nella composizione delle pareti dello stomaco, è d'uopo porre al primo posto, sotto il rapporto della frequenza e della importanza di loro alterazioni, i due strati cellulosi posti l'uno fra la membrana mucosa e muscolare, l'altra fra questa e il peritoneo, e che sono uniti uno all'altro con prolungamenti ugualmente cellulosi estesi fra i fascetti della tunica carnosa. Colpite da flemmasia, sviate dal loro modo di nutrizione normale, queste varie porzioni di tessuto cellulare possono soggiacere alle trasformazioni più variate, alle alterazioni più singolari di forma e di tessitura; quindi è risultato per questi stati morbosi ciò che già abbiamo veduto avvenire in certe malattie de' follicoli, vale a dire che, per non averne seguito lo sviluppamento successivo, la loro origine e la loro natura sono state più o meno mal conosciute.

Rare volte alterata ne' casi d'infiammazione acuta, anche quando la membrana mucosa è affetta nel modo più grave, alcuna volta allora injettantesi o rammollen-

tesi, il tessuto sotto-mucoso può ben anche restar intatto in un gran numero di casi di gastriti croniche, qualunque siano i varj gradi d'intensità e di durata di queste. Altre volte però questo tessuto cellulare è ugualmente invaso dall'infiammazione, sia solo, sia simultaneamente colle altre porzioni di tessuto cellulare che entrano nella composizione delle pareti dello stomaco. Sonovi de' casi in cui esso assottigliasi come la mucosa, e al pari di essa finisce a scomparire; altre volte lo si trova rammollito, trasformato in una polpa liquida, e allora cessa di esistere sotto forma di membrana solida e resistente, questo strato cellulare sotto-mucoso che da una parte supplisce alla debolezza della membrana mucosa, dall' altra si continua negl'intervalli che lasciano fra di essi i fascetti della tunica carnosa; in un tale stato di cose le pareti dello stomaco hanno perduto una gran parte della forza di resistenza che oppongono alle varie cause tendenti ad operarne la soluzione di continuità. Allora vedesi lo stomaco rompersi con notabile facilità in conseguenza dell' introduzione di una quantità grande di bevande nella sua cavità, di una contrazione più o meno energica de' muscoli addominali, o di una violenza esterna agente su l' epigastrio.

L'aumento in grossezza e consistenza del tessuto cellulare è un fatto che osservasi in un gran numero di casi, in cui i varj tessuti co' quali è in rapporto sono colpiti da infiammazione cronica. Questo è ciò che accade sovente rispetto al tessuto cellulare che unisce e separa ad un tempo le varie tuniche dello stomaco. Dai varj gradi d' ingrossamento e d' indurimento di questo tessuto risulta la specie di alterazione in tessitura stata generalmente dagli autori descritta sotto il

nome di scirro dello stomaco. A misura ch' esso ingrossa e indurisce il tessuto cellulare gastrico si allontana sempre più dal suo aspetto normale e va soggetto a notabili trasformazioni; ma in mezzo a queste metamorfosi successive, si possono seguire, collo scalpello alla mano, i varj gradi pe' quali passa onde giugnervi. La più comune delle trasformazioni cui va soggetto è quella in cui esso presentasi sotto la forma di un tessuto grigio, azzurrognolo, o di un bianco sbiadato, di aspetto omogeneo, senza tracce di vasi che lo percorrano, duro e stridente sotto lo scalpello che lo divide. Tale è lo scirro per eccellenza. Non avvi inconveniente alcuno a conservare questa espressione, purchè intendasi bene sul valore di essa, purchè da essa illusi, non riguardisi per un novello tessuto, formato di pianta nell' economia, presso a poco a modo di un entozoario, ciò che è solo la trasformazione di un tessuto dello stato normale. Infatti, ove trovasi lo scirro? Non mai in altri tessuti che nel cellulare interposto fra di essi. Nel tempo stesso che la fibra cellulare che li attornia indurasi e diviene scirro, questi tessuti possono ben essere alterati in varj modi, essi possono finire con distruggersi e sparire; ma non divengono realmente scirro. Ciò è soprattutto ben evidente rispetto alle membrane mucose. D' altra parte, osservisi del tessuto cellulare indurito in varj punti dell' economia, e si sarà colpito da una singolare contraddizione degli autori, che in un punto riguardano come scirro un tessuto assolutamente simile ad un altro, da loro in altri punti riguardato poi qual semplice indurimento. Così in un gran numero di diarree croniche il tessuto cellulare sotto mucoso dell' intestino grasso diviene molto più apparente dell' ordinario; esso trasformasi in un tes-

suto duro, biancastro ed omogeneo. Se l'aumento in grossezza cui esso è andato soggetto è generale e ancor poco notabile, se ne risulta soltanto una certa rigidezza nella totalità delle pareti dell'intestino grasso, ciò non è ancora scirro; ma se, l'aspetto del tessuto essendo d'altronde assolutamente lo stesso, l'aumento in grossezza e consistenza è parziale e abbastanza notabile da risultarne un tumore, ciò che era momenti prima un semplice indurimento del tessuto cellulare è ora un nuovo tessuto e viene chiamato scirro. Non viene neppur dato questo nome all'indurimento sì sovente presentato dal tessuto cellulare, sia in fondo alle ulcerazioni delle membrane mucose, sia intorno ad antiche ulcere cutanee, sia nel tragitto di una fistola, sia intorno a molti tumori bianchi delle articolazioni, sia in vicinanza di una carie o di una necrosi. Cionnondimeno in questi varj casi l'alterazione detta un indurimento del tessuto cellulare presenta un aspetto affato identico all'alterazione che nello stomaco vien indicata col nome di scirro.

Alcuna volta il tessuto cellulare sotto mucoso dello stomaco non presenta soltanto lo stato di semplice indurimento, ond'è questione (scirro degli autori), non solo esso va soggetto ad uno stato d'ipertrofia (*), ma subisce una vera trasformazione, veste i caratteri del tessuto cartilaginoso, e soprattutto di quel tessuto cartilaginoso imperfetto, ancor molle e poco elastico,

(*) Dappoi che ciò è stato stampato (prima edizione 1827), la mia opinione su la natura dello scirro si è modificata alcun poco, e si potrà vedere, nel *Précis d'anatomie pathologique*, che lo scirro non mi par più consista solo in un semplice stato d'ipertrofia del tessuto cellulare. Avvi ancora, ov'esso si forma, processo di secrezione morbosa.

esistente da principio nell' embrione. D' altronde nel tessuto cellulare sotto-mucoso, la vera trasformazione in cartilagine è molto più rara che nel tessuto cellulare sotto-sieroso.

Se, invece di essere grigio od azzurrastro e mezzo trasparente, il tessuto cellulare gastrico indurito ha un color bianco pallido e opaco; se in luogo di essere sprovveduto di vasi, esso è percorso da ramificazioni vascolari più o meno numerose, non è più allora scirro, ma tessuto cerebriforme od encefalico che, come dicesi, si è sviluppato nella grossezza delle pareti dello stomaco. Io ho già da lungo tempo ammesso questa distinzione; ma confesso che ricerche più continuate me ne hanno dimostrato tutto l' arbitrario. Nella maggior parte de' casi vedonsi confondere per gradazioni insensibili due tessuti detti scirrosi ed encefalici; e in ultimo risultamento questo non sembra più essere come il primo che una forma dell'indurimento cui il tessuto cellulare sotto mucoso dello stomaco fu sottoposto. Infatti chi non concepisce che in questi varj gradi di aberrazione di nutrizione, questo tessuto cellulare può presentare molti gradi di colorazione diversa? E, circa alla presenza od alla mancanza de' vasi, non si vede anche in ciò una circostanza puramente accidentale? Se infatti nello stato normale il tessuto cellulare sotto-mucoso è percorso da vasi, ne segue che questi vasi devono pur esistere in questo medesimo tessuto cellulare in istato d' ipertrofia, ma essi vi saranno soltanto più o meno apparenti, giusta il grado di congestione sanguigna che esisterà in questo tessuto al momento in cui verrà esaminato.

La presenza o la mancanza de' vasi nel tessuto cellulare indurito è adunque importante a notarsi, non

già per istabilire da essa sola due generi di tessuti morbosi, ma per riconoscere così l'attività maggiore o minore della congestione sanguigna, dell'infiammazione in questo medesimo tessuto cellulare. Quindi varj sintomi che non risulteranno già dalla presenza di tessuti morbosi effettivamente diversi, ma solo da' varj gradi dell' infiammazione di un medesimo tessuto.

Nel tempo stesso che la nutrizione del tessuto cellulare gastrico è alterata, possono operarvisi secrezioni di natura diversa, e vi si operano in effetto. Sovente in mezzo a porzioni indurite di questo tessuto, sono scavate specie di areole o logge che contengono una materia semi-liquida molto simile a gelatina di carne, od a miele; dicesi che questa materia sia scirro rammollito; ma questa è un'asserzione mancante di prova; e se questa materia è affatto simile a quella che trovasi in un gran numero di cisti con pareti sierose; se la s' incontra in certi tumori composti dall' ovaia e dal corpo tiroide, ov' essa è contenuta in logge separate; e dove intorno ad essa nulla è che si assimigli a scirro; se la si osserva in seno a masse cartilaginose ove altro non vedesi che una materia colloide o mieloide disposta in cavità, le cui pareti sono unicamente costituite da cartilagine; se, come mi è occorso di vedere una volta nella pleura, una materia simile può formarsi in una membrana sierosa che l'ha evidentemente separata in vece di sierosità; se finalmente, in questi varj casi, il preteso scirro allo stato di rammollimento presentasi qual semplice prodotto di secrezione indipendente da qualunque stato scirroso antecedente, un' analogia rigorosa ci indurrà a conchiudere che la materia simile a gelatina ed a miele che trovasi assai volte in mezzo al tessuto cellulare indurito dello stomaco, non sia que-

sto medesimo tessuto rammollito; ma che tanto in questo caso, come ne' casi precitati è un nuovo prodotto depositatovi per via di secrezione.

Altre volte, in seno a questo medesimo tessuto cellulare indurito, effettuasi un'altra sorta di secrezione; vale a dire, una materia liquida opaca, ora di un bianco sbiadato, ora grigiastro, sovente tinto in rosso; è, in una parola, una delle varietà del liquido morboso che viene indicato colla parola generica di pus. Qualunque siano le gradazioni di queste proprietà fisiche esso presentasi sotto due aspetti: ora è veramente infiltrato in mezzo al tessuto cellulare trasformato in tumore detto scirroso od encefalico; ne viene espresso mediante pressione sotto forma di gocciolina, ora tende a riunirsi in un sol foco che ingrandisce ognor più, e finisce ad occupare una parte della massa solida in mezzo a cui esso è stato separato, e dov'era da principio infiltrato. Quasi sempre allora il tessuto cellulare in mezzo al quale operasi siffatta secrezione di pus, presenta numerosi vasi solcanti in varj sensi il tumore da esso formato; la presenza di questi vasi, la secrezione di questo liquido purulento attestano in questo tumore l'esistenza di un processo più attivo di flemmassia, allora sopraggiunge nel tessuto cellulare un altro modo di alterazione di nutrizione, dopo essere andato soggetto a ipertrofia sotto l'influenza di un' irritazione poco attiva, più notabile per la sua lunga durata che per la sua intensità, esso tende a distruggersi e ad ulcerarsi; i vasi che lo percorrono si lacerano, quindi ne risultano giusta il calibro, od una semplice colorazione rossastra della materia puriforme, o copiose e mortali emmorragie.

Quindi in tutto ciò tre sono i fenomeni principali

da notarsi: 1.° uno stato infiammatorio più intenso, o di natura diversa da quello che era avvenuto per produrre l'ipertrofia del tessuto cellulare; 2.° una secrezione purulenta; 3.° una tendenza alla distruzione del tumore, a misura che l'infiammazione fa progressi.

Dai fatti e dalle considerazioni precedenti credo poter conchiudere che, fra i tumori sviluppati sotto la membrana mucosa gastrica, quelli che riguardansi generalmente costituiti da tessuti detti scirroso ed encefalico allo stato di crudità, non sono che forme dell'ipertrofia del tessuto cellulare sotto-mucoso; e circa allo stato di rammollimento di questi medesimi tessuti, io penso che siasi troppo inesattamente dato questo nome a nuovi prodotti che si depongono, per via di secrezione, in seno al tessuto cellulare preliminare infiammato. Altre secrezioni morbose possono pure operarvisi: così trovavasi sovente della materia tubercolosa (*) in masse più o meno rilevanti; così, vi s'incontrano, per modo di punti o di piastre più o meno estese, depositi di materia colorante con varie tinte, e soprattutto gialla o nera (melanosi).

L'ipertrofia del tessuto cellulare gastrico può essere limitata alla membrana sotto-mucosa di Bichat (tunica nervosa degli antichi); questo è il caso più comune. Essa può continuare nelle porzioni del tessuto cellulare situate tra i fasci della tunica muscolare, donde risulta fra questi fasci la presenza d'intersezioni biancastre, intorno alle quali tornerò più sotto; finalmente l'aumento in

(*) Credo aver provato altrove (tomo secondo) che il tubercolo, impropriamente chiamato tessuto, era un semplice prodotto di secrezione.

grossezza e consistenza può in principal modo esistere nella membrana laminosa sotto-peritoneale. Quest'ultimo caso può occorrere isolatamente o simultaneamente coll'indurimento delle altre grandi porzioni del tessuto cellulare gastrico.

L'ipertrofia del tessuto cellulare gastrico può esistere in tutta l'estensione dello stomaco, le cui pareti sono allora più dure e più grosse che nello stato normale, e non cadono sopra sè stesse quando vengono incise. Questo caso non è già il più comune, e il più delle volte l'ipertrofia è parziale. Il punto dello stomaco che ne è il più frequentemente attaccato, è il piloro, sia solo in giro all' orifizio di comunicazione del ventricolo e del duodeno, sia tutta la porzione detta pilorica dello stomaco. Questa medesima ipertrofia è stata pure osservata intorno al cardias, ma assai più di raro; infine, essa può esistere in tutta l'estensione del corpo stesso dello stomaco e de' suoi due margini. Quando l'ipertrofia del tessuto cellulare sotto-mucoso esiste verso il piloro o verso il cardias, essa finisce prestamente, nel maggior numero de' casi, là dove cominciano il duodeno e l'esofago; essa può nondimeno oltrepassare i limiti dello stomaco ed estendersi all'una od all'altra di queste porzioni del tubo digerente; in due casi in cui eravi indurimento del tessuto cellulare sotto-mucoso del cardias e de' suoi dintorni, ho veduto questo medesimo indurimento esistere nel terzo inferiore dell' esofago, ad un grado abbastanza rilevante da risultarne un notabile ristringimento della cavità di questo condotto.

La tunica muscolare dello stomaco resta intatta in un gran numero di casi di gastriti croniche; altre volte essa si altera, e si osserva allora uno de' tre casi seguenti: o questa tunica soggiace ad uno stato d' iper-

trofia, o di atrofia, o finalmente essa sparisce totalmente in una estensione più o meno grande dello stomaco.

L'ipertrofia della tunica muscolare, su la quale molti autori, e specialmente il dott. Louis (*) hanno fermato l'attenzione, non osservasi quasi mai isolata, tale almeno si è il risultamento delle mie proprie osservazioni. La si vede soprattutto coincidere con una simile ipertrofia del tessuto cellulare che copre le sue due facce, e di quello che è interposto fra i fasci che la compongono. Questi, veduti sopra un taglio dello stomaco, sembrano formati da un tessuto più brillante e più duro che nello stato naturale; se, come avviene frequentemente, il tessuto cellulare interposto fra essi partecipa all' ipertrofia, ne risulta l' aspetto seguente, tanto più degno di osservazione in quanto esso ha occasionato singolari abbagli: bianche intersecazioni; specie di tramezzi con apparenza e consistenza fibrose, si estendono dal tessuto cellulare sotto-mucoso al sotto-peritoneale, traversando la tunica muscolare; essi dividono questa in una serie di lobuli che sporgono alquanto davanti alle linee bianche che li separano. La vera natura del tessuto costituente questi lobuli può essere su le prime assai agevolmente mal ravvisata, in ragione delle modificazioni in tessitura cui, soggiacendo a ipertrofia, ha la fibra muscolare sofferto, divenuta di una tessitura assai più fitta. Quindi vennero generalmente descritti questi lobuli e le intersezioni di apparenza fibrosa che li separano, come il tipo del tessuto scirroso, e si è riuscito al singolare risultamento di descrivere nelle affezioni cancerose dello stomaco, come più non esistenti, e supplite da un tessuto acci-

(*) *Archivio di Medicina.*

dentale di nuova formazione, una membrana muscolare che era, per contrario, nello stato d'ipertrofia.

Nel tempo stesso però che le varie porzioni del tessuto cellulare gastrico aumentano in grossezza e consistenza, sonovi de' casi in cui la tunica muscolare, lungi dal soggiacere a ipertrofia, diviene sempre meno sensibile, e va sottoposta ad una vera atrofia. Allora, con un'attenta dissezione, più non trovansi in mezzo alle masse del tessuto cellulare indurito che poche fibre scolorite, riunite in fasci sottili e separati da larghi intervalli in cui non se ne ravvisa più traccia veruna. In altri stomachi, e sempre colla medesima disposizione del tessuto cellulare, la tunica muscolare è totalmente sparita per un'estensione più o meno grande, e a sua vece trovasi solo del tessuto cellulare indurito, che il peritoneo ricopre per l'infuori, e per di dentro una membrana mucosa più o meno alterata. Che veggiamo noi in questi diversi casi? Un aumento in nutrizione di un tessuto, e la diminuzione in nutrizione di un altro, ma nulla che giustifichi l'ammissione di un tessuto di nuova formazione. È d'altronde un fatto in economia affatto generale, che in virtù di una specie di *bilanciamento di nutrizione*, l'attività maggiore acquistata da un organo o da un tessuto nella sua vitalità, nelle sue funzioni, nella sua nutrizione, trae seco un'attività minore nelle funzioni vegetative od animali di altre parti. E per citare soltanto alcuni fatti analoghi a quello onde si parla, veggasi come nelle membra, a misura che un tumore vegeta in mezzo al tessuto cellulare ove ha avuto nascimento, i muscoli che l'attorniano o lo attraversano perdono sovente il loro colorito e la loro grossezza; e riduconsi a non essere più che un complesso di poche fibre sottili e pallide. In un caso che

ho avuto occasione di osservare alcuni mesi fa, il tessuto cellulare adiposo situato dietro il globo dell'occhio aveva acquistato tal grado di aumento, nel tempo stesso ch' erasi indurito, da riempiere tutta la cavità dell'orbita e rispingere anche le palpebre in avanti. In mezzo alla massa biancastra e dura che ne risultava, e in cui era pure un numero non piccolo di gomitoli adiposi, trovavasi il globo dell' occhio, come sepolto, diminuito in singolar modo di volume o formato da una sclerotica piccolissima, contenente le varie membrane ed i varj umori, ma solo in rudimento; la cornea trasparente non mostravasi più che qual punto nero alla parte anteriore della sclerotica. A queste si appigliavano, come d' ordinario, i sei muscoli dell' occhio; ma erano piccolissimi, scoloriti, rudimentarj al pari dell'occhio cui mettevan capo; era mestieri una dissezione attenta per non confonderli col tessuto cellulare che li attorniava. Ivi adunque, come ne' casi di gastrite cronica onde ho parlato in ultimo luogo, si ritrovano tutti gli elementi che entrano nella composizione dell' organo; ma modificati soltanto nella loro nutrizione, essi non hanno più le medesime proporzioni in volume.

L'atrofia della tunica muscolare dello stomaco può pur coincidere con una simile atrofia delle altre tuniche. L' atrofia simultanea delle membrane mucosa, laminosa e muscolare, è talvolta portata al punto che, in una estensione sovente grandissima come quella di tutto il gran fondo cieco, le pareti dello stomaco non rappresentano più che una tela sottilissima costituita dal solo peritoneo, su cui scorgonsi appena qua e là alcuni vestigi delle altre membrane. Simili casi sono già stati ottimamente descritti da Louis colla sua esattezza e colla sua sagacità ordinarie.

Le varie alterazioni da noi ora studiate non si formano già con una uguale frequenza a tutte le epoche della vita. Nulla più raro, per modo d' esempio, che l' osservare l' indurimento scirroso del tessuto cellulare gastrico innanzi l' età dei 35 a 40 anni. Sotto questo aspetto l' osservazione seguente ci parve meritasse essere descritta.

IV. OSSERVAZIONE.

Scirro dello stomaco in un soggetto in età di ventidue anni. Primi sintomi della malattia all' età di anni diciannove.

Claudio B. in età di 22 anni risentì a quella di 19 dolori lancinanti all'epigastrio. Da questo tempo in poi le sue digestioni cominciarono ad alterarsi; egli era tormentato da rutti acidi, e da un sentimento di grevezza incomoda verso la regione dello stomaco quando aveva preso degli alimenti; egli dimagrava e la sua salute declinava di giorno in giorno; pure non aveva vomiti. In capo a due anni soltanto il malato cominciò a risentir nausee frequenti, ed a vomitare di tempo in tempo i suoi alimenti e le sue bevande. Questi vomiti da principio rari, si fecero a poco a poco più frequenti; ordinariamente succedevano tre o quattro ore dopo il pasto. Quando il malato venne allo spedale trovavasi in uno stato di marasmo spaventevole; vomitava quasi tutti i giorni; un tumore sensibilissimo facevasi riconoscere all'epigastrio, a destra dell'apofisi xifoide. B. dopo un breve soggiorno allo spedale, soccombette ad un decadimento progressivo. Egli aveva offerto tutti i sintomi generali e locali di un' affezione organica dello stomaco nel grado di massima semplicità. L' autopsia

del cadavere giustificò il diagnostico che avevasi avuto. Fu trovata la porzione pilorica dello stomaco e il piloro medesimo, degenerati in materia scirrosa, con mistura di materia encefalica non rammollita. È noto che in anatomia patologica la presenza di questi due tessuti accidentali in un tumore ne indica la natura cancerosa.

Questa osservazione, che è importante specialmente sotto il rapporto dell' età del soggetto, presenta alcune altre circostanze degne di fermare la nostra attenzione.

Le nausee ed i vomiti non cominciarono a manifestarsi che due anni dopo l' apparizione degli altri sintomi, come, alterazioni nelle digestioni, rutti acidi ec.; i dolori lancinanti all' epigastrio, nulli o poco intensi in tanti individui, furono sempre vivi nel nostro giovane ammalato. Il sistema nervoso più sviluppato in lui, in ragione della sua età, era forse più investito da risentire più vivamente il dolore? Che che ne sia, la mancanza de' vomiti non doveva togliere la credenza che esistesse un cancro nello stomaco, poichè numerose osservazioni hanno insegnato che il vomito non è un sintomo essenziale di questa malattia; che può non essere, soprattutto ne' casi in cui il cancro attaccando il corpo stesso dello stomaco, restano libere le due aperture di questo viscere.

I vasi sanguigni dello stomaco presentano alcune alterazioni speciali in più di un caso di gastrite cronica. Trovansi sovente, per esempio, sotto la membrana mucosa rammollita, delle vene notabili pel loro volume, manifestamente dilatate, e divenute come varicose. Del resto, se ne osservano pure in altre parti ove esiste un antico processo infiammatorio: così, intorno ad antiche ulcere de' membri inferiori mostransi so-

vente grosse vene varicose; questa dilatazione delle vene continua ben anche alcuna fiata più o men lungo tempo dopo che l'infiammazione è cessata. Questa dilatazione sembra essere sovente, in simil caso, un fenomeno affatto passivo, come lo è la dilatazione delle vene della congiuntiva dopo certe oftalmie. Ma questa dilatazione può anche essere attiva, accompagnata dall'ingrossamento delle pareti del vaso; e prodotta da un vero processo flogistico, propagato dalla membrana mucosa a' vasi capillari che la percorrono, e da questi ai grossi tronchi venosi che riportano il sangue nel torrente circolatorio. Fatti sommamente interessanti, pubblicati dal dotto dottor Ribes, hanno insegnato che in certe flemmasie cutanee l'infiammazione delle vene ha parte importante; ho cercato assicurarmi se non fosse per avventura lo stesso in certi casi d'infiammazione delle membrane mucose, e in particolare della membrana mucosa gastrica; ed ecco ciò che ho trovato in due circostanze: incidendo grosse vene dilatate e piene di sangue serpeggianti sotto la membrana mucosa, rossa e molle in un caso, bruna e in uno stato d'ipertrofia in un altro caso, ho comprovato l'esistenza di un notabile ingrossamento delle loro pareti, che opponevano una specie di resistenza alla lama dello scalpello, parevano dure al tatto e non cadevano sopra sè stesse dopo essere state divise. Ora è noto a' nostri giorni che questo ingrossamento delle pareti venose, con o senza dilatazione della loro cavità, è uno dei caratteri della flebite cronica. In un altro individuo, il cui stomaco era invaso da larga ulcerazione ed il cui margine come contornato da vegetazioni molli e rossastre, formate a spese della mucosa, vedevansi grosse vene strisciare in gran numero in giro a questa ulcera-

zione; esse erano situate nel tessuto cellulare sotto-mucoso. Una di esse era notabile per la sua durezza, e il suo aspetto ricordava quello che presentano certe piccole vene obliterate da antichi grumi. Essa era effettivamente distesa ed ostrutta da una massa solida di color feccia di vino, mista ad una sostanza più liquida e d' aspetto come purulento. Seguendo questa vena il più possibilmente dappresso all' ulcerazione, vedevansi le venette che riunivansi per dar luogo alla sua formazione e partivano da molte fra le vegetazioni precedentemente indicate, dure al pari di esse, ostrutte da una materia solida, e simili a piccole nodosità.

Si può ben anche dimostrare con altri fatti la parte che hanno alcuna volta i vasi sanguigni dello stomaco alla sua infiammazione. Tali sono que' fatti che mostrarono in fondo ad una ulcerazione vasi rotti e più o meno ampiamente aperti. E quale infatti può essere la cagione di questa rottura di vasi? Certo quella medesima che ha operato la distruzione successiva degli altri tessuti, d' onde è risultata la formazione di un' ulcera. Così perforansi ugualmente i vasi serpeggianti alla superficie di una caverna polmonare, o contenuti nelle briglie che la traversano. È noto, d' altronde, che in questi vasi l'infiammazione adesiva è molto più comune dell'ulcerativa, d'onde risulta che la loro obliterazione è assai più frequente della loro perforazione. Avvien egli lo stesso intorno al fondo delle ulcerazioni croniche dello stomaco? Un fatto degno di osservazione si è che, in in alcuni casi in cui furono trovati vasi ampiamente aperti al fondo di una di queste ulcerazioni, non eravi stata durante la vita nessuna ematosi, e che nello stomaco non eravi sangue sparso.

Il sistema linfatico dello stomaco non resta sempre

estraneo alle infiammazioni croniche che attaccano quest'organo. In esso sistema devonsi considerare 1.° i vasi, 2.° i gangli ov' essi si trasferiscono e donde emanano.

Io non conto più i casi in cui in varj punti dell'intestino ho trovato, partendo da un' ulcerazione, vasi linfatici riempiuti di pus, o di una materia più consistente del pus ordinario, friabile, come tubercolosa: così distesi e simili a cordoni nodosi, questi vasi linfatici si trasferivano al mesenterio, ed ora vi si dileguavano insensibilmente, ora potevano essere seguiti fino ad un ganglio. In molti casi non eravi soltanto distensione del vaso per mezzo di una materia estranea, eravi inoltre ingrossamento visibilissimo delle sue pareti che avevano perduto la loro trasparenza ordinaria. Una sola volta ho trovato nello stomaco uno stato simile de' linfatici. Uno di questi vasi, riempiuto di una materia biancastra, partiva da un' ulcerazione situata verso la metà della gran curvatura dello stomaco, serpeggiava lungo essa, e cessava di essere visibile verso il gran fondo cieco.

I gangli che ricevono molti vasi linfatici dello stomaco, ed esistono, come ognun sa, lungo i suoi due margini, sembrano meno suscettivi d' ingorgamento in conseguenza delle gastriti acute e croniche, di quello siano i gangli del mesenterio in seguito ad un' enterite. Cionnondimeno in alcuni casi di gastriti croniche trovansi notabilmente sviluppati e costituenti grossi tumori. Da questi tumori derivarono talvolta accidenti e sintomi che vennero attribuiti allo stomaco. Così durante la vita essi possono essere valutati del tutto, toccando varj punti dell'epigastrio, e presentare le medesime varietà di posizione, di forma, di volume e di mobilità proprie ai tumori spettanti allo stomaco stesso.

In altri casi i gangli situati lungo il margine diaframmatico del ventricolo, e soprattutto dietro lo stomaco nella cavità posteriore epiploica, sono quelli che acquistano un volume enorme, nel tempo stesso che il loro tessuto va soggetto a diverse specie di alterazioni. Essi possono allora spostare lo stomaco, spingerlo innanzi, comprimerlo fra loro e le pareti addominali, e contribuire alla difficoltà delle digestioni al pari della infiammazione cronica onde lo stomaco stesso è attaccato. Altre fiate il piloro trovasi attorniato, compresso, veramente ostrutto da que' gangli trasformati in voluminosi tumori; quindi ne vengono vomiti pari a quelli che manifestansi quando, per modo d' esempio, un indurimento notabile del tessuto cellulare sotto-mucoso dell' anello pilorico e de' suoi dintorni, si oppone al libero passaggio delle materie dello stomaco nel duodeno.

Nel numero degli elementi anatomici dello stomaco, troppo negletti fino ad ora nello studio anatomico delle malattie di quest' organo, sono da porsi i nervi. Non avvi dubbio alcuno che dalla loro alterazione risultino varie affezioni gastriche. Ma questa alterazione è essa valutabile dalle investigazioni dell'anatomico? Posso rispondere su questo punto che molte volte ho inciso con cura sia i due pneumo-gastrici nei loro tronchi e nelle loro ramificazioni su le due facce dello stomaco, sia i fili assai numerosi ch' esso riceve dal gran simpatico; li ho disseccati e sopra stomachi sani e sopra stomachi presentanti la maggior parte delle alterazioni precedentemente descritte; fino ad ora ho ottenuto risultamenti soltanto negativi, e, ne' casi più differenti di alterazione dello stomaco, non ho trovato differenza alcuna valutabile nel colore, nel volume e

nella consistenza de' nervi che vi si distribuivano. Non è già da dire che questi nervi siano sempre esenti da alterazioni valutabili; ma, essendo stati da me esaminati cinquantatrè cadaveri a quest' oggetto senza che nulla vi sia stato scoperto, penso essere in diritto di conchiudere: 1.° che queste alterazioni sono rare; 2.° che non sono necessariamente legate ad alcuna delle numerose lesioni cui lo stomaco può andar soggetto (*). Cionnondimeno l'osservazione non lascia dubitare che, quantunque le alterazioni de' nervi dello stomaco non siano tali da poter essere il più delle volte valutate mediante la dissezione, esse non lasciano per ciò di essere reali e frequenti. Non v'ha dubbio, da una parte, che le numerose simpatie trasmesse dallo stomaco a varj organi, vengano ad essi trasmesse col mezzo de' suoi nervi, sì notabili per la loro distribuzione e per le numerose loro connessioni; non avvi dubbio neppure, d'altra parte, che fra le modificazioni di funzioni indefinitamente variate che lo stomaco può presentare, e che simulano più o meno compiutamente i sintomi di una gastrite acuta o cronica, molti dipendano da una viziosa influenza de' centri nervosi su lo stomaco; quindi, in alcuni varie turbazioni nelle digestioni; negli altri, vomiti; in altri casi dolori epigastrici ecc.

L' infiammazione cronica dello stomaco, qualunque siano le forme da essa vestite, può terminarsi per cangrena, però assai meno frequentemente che non sia stato detto. Il caso nel quale ho le più spesse volte incontrato questa cangrena si è quello in cui lo stomaco

(*) Veggasi nel *Précis d'Anatomie pathologique* alcuni esempj d'alterazione del pneumo-gastrico in casi di cancri dello stomaco.

era sede di un' antica ulcerazione con fungosità intorno ad essa e nel suo fondo. La cangrena aveva invaso questa ulcerazione medesima; trovavasi allora coperta da un *detritus* grigio cenerino o nerastro che toglievasi via al par di pappa raschiando collo scalpello, e donde esalava un odore de' più fetenti. Negli ultimi tempi della vita le forze eransi tutto ad un tratto prostrate, erano occorse assai volte delle ematemesi; questo complesso di sintomi aveva verisimilmente coinciso col tempo in cui l'ulcerazione dello stomaco aveva cominciato ad essere attaccata da cangrena. Tale si è pure la terminazione di un certo numero di ulcerazioni variate del collo uterino; avvi allora ben anche una rassomiglianza talvolta grandissima fra l' alterazione dello stomaco e quella dell' utero. E pure a questo modo, in più di un tisico, la cangrena riesce a impadronirsi delle pareti delle caverne che trovansi trasformate in un putridume nero e fetente.

Ho trovato assai più di raro lo stomaco attaccato da cangrena, quando non era stato preliminarmente ulcerato. Alcuna volta non pertanto, al di sopra di tumori formati da tessuto cellulare sotto-mucoso indurito, ho veduto porzioni di membrana mucosa cangrenate e trasformate in escare.

Lo stomaco cronicamente infiammato soggiace, nella sua forma e nel suo volume, a varie modificazioni che possono essere abbastanza rilevanti da potersi valutare durante la vita traverso le pareti addominali. Mi occuperò qui soprattutto delle sue modificazioni in volume. I casi in cui vedesi la cavità di un organo perforato ingrandire molto al di là del suo stato normale sono numerosi e variati, rispetto alle cause determinanti questo ingrandimento. Così, talvolta la dilatazione

si opera in conseguenza dell'esistenza di un ostacolo all'orifizio, per cui i liquidi introdotti nella cavità dello stomaco devono naturalmente uscirne; in questo caso trovansi il cuore, la vescichetta del fiele ecc. Allora le pareti della cavità di questi organi o conservano la loro grossezza naturale, o vanno soggetti a ipertrofia, o si assottigliano. Tal altra fiata, senza che alcun ostacolo si opponga alla libera uscita de' fluidi, vedesi una simile dilatazione operarsi, presentando d'altronde le pareti della cavità una delle tre disposizioni che esistevano nel caso precedente. In questo caso possono trovarsi tutti gli organi cavi, il cuore, la vescica, le arterie, le vene, i bronchi ecc. Al pari di tutti questi organi, lo stomaco può notabilmente ingrandirsi, divenire abbastanza grande da riempiere tutta la capacità addominale, sia che esista un ostacolo al piloro, che è il caso più comune, sia che le pareti della regione pilorica presentino un indurimento notabile del tessuto cellulare, con atrofia della membrana muscolare, ma che in pari tempo l'orifizio pilorico, lungi dall'essere ristretto, trovisi pel contrario più largo dell'ordinario; sia finalmente, e questo è il caso più raro, che le pareti dello stomaco non presentino altra alterazione che injezione o rammollimento della membrana mucosa.

Quindi definitivamente di questi tre casi avvene un solo in cui la dilatazione dello stomaco, l'ingrandimento notabile della sua cavità coincidano con un ostacolo al libero passaggio degli alimenti dello stomaco nel duodeno. È possibile nondimeno, come dirò più sotto, che nel secondo caso, in cui l'orifizio pilorico è dilatato in luogo di essere ristretto, l'atrofia della membrana muscolare, in questa parte dello stomaco, sia una causa così potente, come certi tumori del pi-

loro, da impedire agli alimenti l' uscita libera dallo stomaco.

Le due seguenti osservazioni ci daranno esempj notabili di dilatazione dello stomaco portata al più alto grado, l' una con tumore detto canceroso del piloro e ingrandimento del suo orifizio, l' altra senza tumore e senza degenerazione delle pareti gastriche.

V. OSSERVAZIONE.

Dilatazione notabilissima dello stomaco che riempie tutto l' addomine; indurimento delle pareti della sua porzione pilorica, con atrofia della tunica muscolare, e conservazione della larghezza ordinaria del piloro.

Una donna di 65 anni, magra e meschina cominciò a risentire, verso il mese di giugno 1821, i sintomi di un' affezione organica dello stomaco: digestioni difficili, alternativa di appetito divorante e di anoressia completa, rutti acidi, nausee, vomiti frequenti molte ore dopo il pasto, dolore epigastrico.

Questi sintomi acquistarono di giorno in giorno maggiore intensità. Nel mese di marzo 1822 l' ammalata venne allo spedale. Essa era ridotta all' ultimo grado del marasmo. Lo stomaco si delineava perfettamente traverso le pareti addominali; era agevole lo scorgere che occupava la maggior parte della cavità del ventre. Il suo margine colico riposa immediatamente sul pube; il margine diaframmatico descriveva una curva, la cui concavità guardava in alto, e che, partendo dall' epigastrio, scendeva fino al livello dell' ombellico, poi risaliva verso l' ipocondrio destro. La malata risentiva verso il punto presunto, in cui doveva trovarsi il piloro,

un dolore abituale che ad intervalli inasprivasi. Essa vomitava quasi costantemente ogni quarantott' ore una quantità grande di liquido brunastro. Dopo che aveva vomitato il tumore formato dallo stomaco si abbassava, ma non spariva. Il vomito occorreva senza sforzo, quasi come semplice rigurgitazione. L' ammalata desiderava sovente alimenti; ma appena inghiottitine alcuni bocconi sentivasi satolla; allora la sua bocca diveniva sede di una sensazione d'amarezza insopportabile. Mandava fuori per bocca incessantemente una quantità grande di gaz più o meno agri.

La lingua aveva un aspetto naturale; sete moderatissima; evacuazioni alvine rare; il polso era poco frequente e debolissimo, la pelle arida e senza calore.

L' origine della malattia non può essere attribuita ad alcuna causa valutabile.

Questa donna indebolissi rapidamente, e, dopo un soggiorno di quindici giorni circa allo spedale, i suoi lineamenti si alterarono, il polso cessò di battere, le sue estremità si raffreddarono e morì senz' agonia, avendo conservato fino all' ultimo momento il libero uso delle sue facoltà intellettuali.

Autopsia del cadavere.

Gli organi del cranio e del torace erano sani.

Levate le pareti addominali, si vide lo stomaco che occupava quasi tutta la cavità del ventre. Esso discendeva da prima verticalmente dall'epigastrio fin presso alla fossa iliaca sinistra; poi dirigevasi obliquamente da destra a sinistra, e da alto in basso verso la fossa iliaca destra; in questo intervallo la gran curvatura era nascosta dal pube e riposava su l' utero; esso risaliva po-

scia verso l' ipocondrio destro ove continuavasi col duodeno. Il resto del canal intestinale era celato dallo stomaco, eccetto alcune anse dell' intestino tenue che occupavano il fianco destro e l' *S* iliaco del colon. Lo stomaco conteneva una quantità enorme di liquido bruno simile a quello vomitato durante la vita. La superficie interna era in ogni sua parte perfettamente bianca, ma in ogni parte pure la mucosa era molto molle. Nell'estensione di quattro traversi di dito al di qua del piloro, questa membrana più non esisteva.

Là dove cominciava la soluzione di continuità della membrana mucosa, essa formava un cercine biancastro irregolare. Il fondo dell' ulcera che ne risultava era formato dal tessuto laminoso che aveva quattro a cinque volte almeno la sua grossezza naturale, e si lasciava dividere dallo scalpello in un tessuto di un bianco color madre perla. La sua superficie libera presentava un color grigio nerastro. In questa medesima estensione più non trovavasi traccia alcuna di fibra muscolare. L' apertura del piloro presentava pure sufficiente larghezza da ammettere agevolmente l'estremità del dito indicatore. Il resto del canale intestinale era ristrettissimo e sano.

Come mai spiegare, nel caso ora citato, l' accumulazione in certo modo indefinita degli alimenti nello stomaco, e la sua enorme distensione, restando d' altronde l' orifizio libero od anche più libero dell'ordinario? Osservato sul cadavere, quest' orifizio è realmente chiuso, ed è mestieri vincere una certa resistenza per introdurvi l' estremità del dito piccolo. Esaminato sur un animale vivente, si vede ch' esso restava pure abitualmente ristretto, a modo de' sfinteri della vescica e

del retto. Ma, durante la digestione, e quando gli alimenti ridotti a chimo passano nel duodeno, presentasi un nuovo fenomeno. Le fibre muscolari dello stomaco hanno un movimento di contrazione manifestissimo che, cominciando verso la metà del corpo dello stomaco, prolungasi fino alla prima curvatura del duodeno; questa contrazione cangia lo stato del piloro, supera la sua resistenza affatto passiva, talchè la contrazione muscolare descritta è per lo meno una delle cause principali, se pure non l' unica, che spinge il chimo nel duodeno. Quindi ne siegue che se nella porzione pilorica dello stomaco non vi sono più fibre muscolari, una delle cause più potenti dell'espulsione degli alimenti più non agisce, e questi arrivano più difficilmente nel duodeno. Tale è il modo di spiegare il fatto onde trattasi, nell'ipotesi in cui si ammette che l'enorme dilatazione cui lo stomaco soggiacque riconosce per causa la distensione che gli fa contrarre l' accumulazione insolita di una quantità grande di materia alimentare. Ma questa causa è essa così potente come fu detto? Osserviamo da una parte che una simile dilatazione può succedere senza che siavi causa alcuna valutabile che frapponga ostacolo al passaggio degli alimenti nel duodeno (Veggasi su questo punto l'osservazione seguente). Osserviamo d'altra parte che ostacoli rilevantissimi esistono sovente al piloro senza che lo stomaco si dilati notabilmente.

VI. OSSERVAZIONE

Dilatazione notabilissima dello stomaco, il cui margine colico tocca il pube, senz' altra alterazione delle sue pareti che un poco di rammollimento della mucosa verso il gran fondo-cieco.

Una donna in età di 23 anni, istitutrice, aveva sempre gioito di una buona salute. In causa di rovescio di fortuna, ella abbandonò la provincia per venire colla sua famiglia ad abitare Parigi, ove si diede all' insegnamento in una casa di pensione. La sua salute non tardò guari ad alterarsi sensibilmente; il suo appetito diminuì, le sue digestioni divennero malagevoli, e, verso la metà di febbraio 1821, dopo essere stata soggetta ad uno spavento, il cui risultamento fu una sincope molto prolungata, essa cominciò a vomitare di tempo in tempo sia i suoi alimenti, sia le sue bevande. Ella li rigettava ordinariamente molte ore dopo averle ingerite; cionnondimeno dimagrava ed indebolivasi lentamente.

Le vennero applicate mignatte all' epigastrio, e le furono dati a vicenda varj antispasmodici. Contando dal mese di dicembre 1821, i vomiti divennero più frequenti, le forze diminuirono rapidamente, i mestrui si soppressero. Allora l' ammalata desistette dalle sue occupazioni. Venuta allo spedale li 14 febbraio 1822 ella presentò lo stato seguente.

Ultimo grado di marasmo, pallore, vomito di alimenti solidi e liquidi più o meno immediatamente dopo la loro introduzione nello stomaco; lieve dolore all' epigastrio che è cedevole, e non presenta, al pari del resto dell' addomine, verun tumore sensibile; aspetto

della lingua naturale, costipazione abituale, polso debolissimo e leggermente frequente, pelle secca e senza calore, respirazione libera.

Quest' ammalata non presentò fino al principio del mese di marzo alcun altro sintomo. Le bevande raddolcitive che le venivano date erano tutte rigettate; molto più difficilmente poteva tenere gli alimenti leggieri che le si accordavano di tempo in tempo. Il 12 marzo il polso si accelerò, la lingua divenne secca, e la morte sopraggiunse li 14 marzo.

Sezione del cadavere.

Cranio. Un poco di sierosità esisteva in ciascun ventricolo laterale.

Petto. Alcune briglie cellulose, lunghe e dense, riunivano le pleure costale e polmonare. Il cuore non presentava nulla di notabile.

Addomine. Lo stomaco, estremamente dilatato, ricopriva la maggior parte de' visceri addominali, e non lasciava vedere che poche circonvoluzioni dell'intestino tenue in ambidue i fianchi; il suo margine colico toccava il pube; il gran fondo cieco soprattutto aveva sofferto una grande dilatazione. La cavità dello stomaco era riempiuta da un liquido giallo verdastro; la sua superficie interna presentava una tinta leggermente rosea, marezzata in alcuni punti; dal lato della milza essa era più bianca; ivi pure, in una estensione grande come la palma della mano, la mucosa affatto molle levavasi via in forma di pappa con un lieve grattamento; in ogni altra parte la sua consistenza era ordinaria. Le pareti dello stomaco erano in generale sottili e facilmente lacerabili; lo strato muscolare notabile per la sua gran-

de tenuità. Gl' intestini tenui, ristrettissimi, simili agli intestini de' cani, trovavansi quasi totalmente nell'escavazione del piccolo bacino; la loro superficie interna era pallida. Il cieco non presentava nulla di particolare. Il colon ascendente occupava il suo posto ordinario. Il colon trasverso aveva seguito la gran curvatura dello stomaco e trovasi posto dietro di essa; la sua superficie interna presentava, per un' estensione di quattro traversi di dito circa, un color rosso violaceo risiedente nella membrana mucosa un poco ingrossata. Alcune piastre rosse di una medesima natura osservansi nel colon discendente; in ogni sua parte questo intestino era fortemente ristretto. L' *S* iliaco del colon e il retto, che non presentava alcuna alterazione, erano pieni di materia assai dura. Quindi non eravi diarrea, quantunque molte porzioni dell'intestino grasso fossero manifestamente infiammate.

Il fegato, sviluppatissimo, prolungavasi a sinistra, fino su la milza, esso ricalcava il diaframma fino alla quinta costa. Al basso oltrepassava alquanto l'estremità delle false coste; il suo tessuto era sano.

Quando l' ostacolo al corso delle materie esiste in un altro punto dell' intestino, vedonsi pure dilatarsi più o meno le porzioni del tubo digerente situate sopra il lato ristretto. Se ne vedranno degli esempj nelle osservazioni seguenti che noi abbiamo creduto dover qui inserire circostanziatamente in ragione dell' interesse che presentano anche sotto altri rapporti.

VII. OSSERVAZIONE.

Doppia degenerazione scirrosa delle pareti dello stomaco, e del colon. Sintomi di strozzamento intestinale. Dilatazione notabile della porzione dell' intestino grasso situato sopra al ristringimento. Depressione di uno degli emisferi cerebrali per mezzo di un tumore fibroso.

Una donna in età di 48 anni venne allo spedale li 6 ottobre 1822.

La sua salute aveva cominciato ad alterarsi da un anno circa. Le sue digestioni erano sovente penose, quantunque non vomitasse; essa risentiva frequentemente il disgusto massimo per tutta sorta di alimenti; dal tempo medesimo in poi, ella non aveva evacuazioni alvine che per mezzo di lavativi; erasi a poco a poco dimagrata e aveva perduto le sue forze.

Cionnondimeno questa donna che si guadagnava il pane governando le altrui case, non desistette dalle sue ordinarie occupazioni. Ma verso li 20 settembre il suo ventre si fece doloroso e cominciò a gonfiarsi; il dì seguente sopraggiunse una costipazione che i lavativi non potettero vincere; questi venivano espulsi immediatamente dopo essere stati presi, e non traevano seco materia alcuna.

Il gonfiamento sempre crescente dell' addomine sgomentò l'ammalata e la determinò a venire allo spedale.

Quando noi la vedemmo per la prima volta, la sua faccia era pallida e raggrinzata. Ella accusava dolori all' addomine generali, più vivi al fianco destro e che la pressione inaspriva. L' addomine prodigiosamente disteso risonava al pari di un tamburro quando veniva percosso. L'ammalata aveva cominciato a vomitare per

la prima volta durante la notte. L'aspetto della lingua era naturale; molti gaz venivano mandati fuora per bocca, nessuno uscivane per l'ano. Non erano occorse evacuazioni alvine da sette giorni in poi. La respirazione era breve e accelerata; la parola ansante, il polso piccolo e frequente; la pelle senza calore.

La tensione del ventre, la mancanza totale di evacuazioni alvine e i vomiti parvero indicare a Lerminier l'esistenza di uno strangolamento interno, o per lo meno di un ostacolo qualunque opponentesi al corso delle materie verso la fine dell'intestino grasso. L'addomine fu coperto da fomentazioni emollienti e da embrocazioni di olio di camomilla canforata; pozione di olio di mandorle dolci; tisana di seme di lino; lavativo con tre once d'olio di ricino, bagni tiepidi.

Nella giornata, vomito della pozione e delle tisane; espulsione de' lavativi subito dopo ch'erano stati presi; nessuna evacuazione. Ne' tre giorni seguenti, persistenza di questi sintomi; aumento di tensione; difficoltà sempre maggiore di respirazione (*Cristeri, purgativi con senna e solfato di soda*).

La mattina degli 11 settembre, volto violaceo, decomposizione de' lineamenti; soffocazione imminente; raffreddamento delle estremità; polso filiforme; nettezza perfetta d'intelligenza; lingua naturale; vomiti di materie gialle e acide durante molta parte della notte. *Lavativo composto dall' infusione di due dramme foglia tabacco; bagno tiepido.* Questo lavativo non ebbe effetto veruno. Nella giornata la dispnea si fece sempre maggiore: verso le quattro della sera, nel momento in cui l'ammalata scendeva dal letto per entrare nel bagno, spirò istantaneamente.

Sezione del cadavere fatta diciassette ore dopo la morte.

La parte media della faccia superiore dell' emisfero cerebrale sinistro presentava una depressione profonda, in cui era accolto un tumor tondeggiante avente il volume di una noce presentante tutti i caratteri del tessuto fibroso accidentale, e sviluppato fra la dura madre e l' aracnoide. La sostanza cerebrale che formava le pareti di questa specie di cavità era sana: nel resto dell' encefalo nulla esisteva di notabile.

Torace. Un sangue nero, semi-liquido, distendeva le cavità destre del cuore; i polmoni erano ingorgati e brunastri; la capacità del petto trovavasi in singolar modo ristretta; la faccia superiore del diaframma era rialzata al livello della quarta costola.

Addomine. Dalla cavità peritoneale non isfuggì gas alcuno.

L' intestino grasso presentava un volume enorme; esso nascondeva quasi in totalità il resto de' visceri; sarebbesi detto parte dell' intestino grasso di un cavallo.

Questa prodigiosa dilatazione mostravasi sino alla fine dell' *S* iliaco del colon; ivi l' intestino restringevasi tutto ad un tratto, e conservava un piccolo calibro fino all' ano. Introdotto il mignolo nella parte ove cominciava il ristringimento appena vi poteva passare; due pollici più sotto l'intestino riprendeva la sua capacità ordinaria. Non si tardò guari a riconoscere che questo ostacolo al libero passaggio del dito era cagionato dalla presenza di un tumore fongoso che occupava, come un anello, tutto il giro dell' intestino; i

suoi margini erano rialzati al par di quelli di certi funghi; la degenerazione cerebriforme della mucosa e del tessuto cellulare ad essa sottoposto gli aveva dato origine. Al disotto di esso l'intestino era bianco e vuoto. Al disopra conteneva una prodigiosa quantità di gaz e di materie verdastri liquide. La membrana mucosa presentava in tutta l'estensione dell'intestino grasso una legger injezione.

Nell'intestino tenue non vedevasi che un'injezione sotto-mucosa in relazione al genere di morte.

Ma non fummo poco sorpresi di ritrovare su la faccia posteriore dello stomaco, a distanza presso a poco uguale dal cardias e dal piloro, un altro cancro affatto simile a quello dell'intestino: era un poco più largo di una moneta da cinque franchi. Del resto, la mucosa dello stomaco era sana.

Cinque o sei piccoli corpi tondeggianti, aventi ciascuno il volume di una nocciuola, di consistenza petrosa, formavano quasi altrettante appendici intorno al corpo dell'utero cui attenevansi mediante un prolungamento celluloso.

Il gonfiamento del ventre, una costipazione più o meno ostinata, non sono certo fenomeni rari negl'individui il cui colon o il cui retto sono cancerosi. Essi esistettero lungo tempo nell'ammalata che è soggetto di questa osservazione. Ma è, penso io, sommamente raro il vedere questi accidenti acquistare ad un tratto un grado d'intensità tale da simulare quelli di un'ernia strangolata. Non se ne può dar ragione se non ammettendo che il tumore, dopo aver fatto per lungo tempo solo progressi insensibili, abbia progredito improvvisamente nel suo sviluppamento in modo acuto; tutti i fenomeni osservati nella nostra malata spiegansi

così esattamente. La morte fu risultamento della difficoltà sempre crescente a respirare. Considerando quanto poc' aria potevano ancora negli ultimi tempi i polmoni ricevere, non si faranno le maraviglie che un lieve moto, accelerando la circolazione, sia bastato a compiere l' asfissia. La quantità maggiore di sangue che, in questo momento, afflui al polmone, non trovandosi più in rapporto con la quantità di aria che vi poteva penetrare, da siffatta sproporzione ne dovette risultare un' asfissia repentina.

Il dolore più vivo che l' ammalata accusava al fianco destro sembrava indicare che là pure esistesse l'ostacolo o lo strangolamento supposto; se fosse stato possibile sapere che la lesione trovavasi situata così presso al retto, si sarebbe potuto sperimentare con vantaggio l'introduzione di una tenta.

Fermiamo ora la nostra attenzione su le altre lesioni che l' autopsia cadaverica ci lasciò vedere. Noi troviamo in prima l'esempio di un cancro ulcerato dello stomaco, il quale annunziava la sua esistenza soltanto con un poco di difficoltà a digerire e con frequenti anoressie; la natura occulta di questo cancro sta in relazione colla sua sede.

Come mai un tumore sì voluminoso qual era quello onde le meningi erano sede, e che aveva fortemente depresso il cervello, non isvelò la sua esistenza con verun sintomo ben apparente? Noi troveremo forse la causa di questa mancanza di sintomi e nella lentezza con cui esso sviluppossi, e nella parte del cervello che trovavasi da esso compresso.

Un caso molto simile al precedente, sotto il rapporto della lesione dell' intestino e de' sintomi che ne risultarono, è stato descritto dal dott. Baillie (*Médical*

Transact., vol. 1.°). Un uomo in età di 30 anni non ebbe mai beneficio di corpo in tutto il corso degli ultimi suoi cinque mesi di vita. Il ventre aveva acquistato un volume enorme. Nessun gas usciva dal retto. L'appetito si conservò intatto, ma i vomiti occorrevano frequenti, il polso era abitualmente celere. Questo individuo soggiacque al marasmo e morì. Furono trovati gl' intestini tenui e grassi estremamente tesi; l'intestino grasso presentava sei pollici di diametro in larghezza. Non trovossi altra lesione che un restringimento sensibilissimo dell' *S* iliaco, e nel suo interno un' ulcerazione che ne occupava tutto il dintorno, con margini rilevati e gonfi. Tutti gli altri visceri erano sani.

VIII. OSSERVAZIONE.

Sintomi di febbre tifoide; tutto ad un tratto strozzamento interno e morte. Intortigliamento dell' intestino intorno al mesenterio, verso il cominciamento del jeuno. Dilatazione notabile del duodeno.

Un calzolaio, in età di 27 anni, di forte costituzione risente frequentemente dalla sua più tenera infanzia dolori addominali; ha sovente diarrea e vomiti biliosi.

Li 29 giugno 1822, dopo aver fatto nella giornata una gran corsa ed essersi raffreddato, venne assalito durante la sera da flusso di corpo abbondante che continuò ne'giorni successivi. Li 6 luglio, calore insolito, sudore alla sera, persistenza di questi sintomi e della diarrea fino ai 9 luglio. Entrato allora allo spedale, il malato presentò lo stato seguente:

Aria di stupore, dolore sotto-orbitale, faccia pallida, occhi aggravati, lingua coperta da una patina biancastra, densa; sete, anoressia, bocca cattiva; dieci eva-

cuazioni alvine nel corso di 24 ore, simili ad acqua colorita in giallo; ventre cedevole, indolente, polso di frequenza mediocre, pelle fresca (*Tisana di orzo cristere di seme di lino*).

Ne' tre giorni successivi la prostrazione fa progressi; il polso, appena frequente alla mattina e durante la giornata, acceleravasi un poco alla sera; in pari tempo la temperatura della pelle aumentava; la diarrea non diminuì, nè aumentò. (*Medesima prescrizione*).

13. La lingua disseccossi, la frequenza del polso accrebbe, numerose macchie di un color rosa pallida, aventi la larghezza di una lenticchia, alcun poco saglienti sopra il livello della pelle e sensibili al solo tatto, apparvero su la parte anteriore del torace.

14. Esse eransi propagate all' addomine. La diarrea era notabilmente diminuita (tre evacuazioni alvine). L' apiressia era quasi completa; ma la lingua conservava la sua secchezza, i denti cominciavano ad incrostarsi; la prostrazione era portata ad alto grado; la pelle della faccia prendeva quella tinta terrosa che accompagna e qualifica lo stato adinamico (*Vescicanti alle gambe*).

15 e 16. Medesimo stato (*Tisane raddolcitive, lavativi emollienti*).

17. Delirio alla notte. I vescicanti delle gambe erano secchi; ne venne applicato un altro ad una coscia.

18. Ebbevi ancora delirio alla sera. Alla mattina del 19 noi trovammo il malato che stava meglio de' giorni precedenti. La lingua erasi inumidita e aveva buon colore. Due evacuazioni alvine soltanto erano occorse in 24 ore. L' intelligenza del malato era netta. Le forze parevano essersi riavute; la temperatura della pelle era naturale; il polso batteva solo 65 volte al minuto.

Appena avevamo lasciato il malato in questo stato soddisfacente, ch' ei fu assalito improvvisamente da un dolore addominale sì vivo da fargli mandare alte grida; egli ne indicava la sede ai dintorni dell'ombellico; la pressione non lo inaspriva, nè lo calmava. Questo dolore durava già da un' ora, quando rivedemmo il malato. I tratti del volto erano andati soggetti ad un' alterazione notabile; essi esprimevano la più viva ansietà; cionnondimeno il polso non erasi accelerato. Una mezz' ora dopo, verso le ore dieci, il dolore continuava ancora, quando il malato vomitò spontaneamente quasi una pinta di bile porracea; egli fu istantaneamente sollevato. Verso mezzogiorno, il dolore addominale rinnovossi con gran violenza. Alle quattro occorse un secondo vomito, simile al primo rispetto alla quantità e alla natura del liquido; come in seguito al primo vomito, il dolore disparve. Durante la sera noi trovammo il malato in istato di calma, non sofferente, e affatto privo di febbre. Era andato tre volte di corpo dalla mattina in poi; alla notte ebbe un poco di delirio.

La mattina dei 20 egli non soffriva, ma era profondamente abbattuto di animo; lo stupore vedevasi al più alto grado; le macchie dileguavano, erano pallide, meno numerose, e non sporgevano più sopra la pelle. La lingua rossa alla punta, il polso conservava la sua lentezza e la pelle la sua freschezza (*Infusione di china-china. Pozione gommosa con mezz' oncia di estratto di china-china : una tazza di vino. Fomentazioni aromatiche al ventre, lavativo di seme di lino. Acqua di risi per bevanda*).

Alle due dopo mezzodì riapparizione del dolore addominale; alle sei, vomito di una quantità grande di

bile verde; alleviamento. Alle otto della sera, il dolore si fece sentire di bel nuovo, ma assai più moderato: la pelle era umida e fredda, il polso, piccolissimo, erasi fatto frequente. Alle nove, quantunque la temperatura della pelle non fosse elevata, il malato dolevasi di risentire in ogni parte un calore insopportabile; allontanava da sè i panni ond' era coperto. Dalla mattina in poi non aveva avuto che un sol benefizio di corpo dopo il cristere; alla notte non delirò.

21. Alle sette del mattino, il ventre era generalmente doloroso alla pressione, specialmente un po' sotto all' ombilico; il polso, piccolissimo, appena batteva 60 volte al minuto. Non vedevansi più che poche macchie pallide, sparse su l'addomine. Tutto ad un tratto un dolor vivo manifestossi, durò solo pochi minuti. Alle otto il dolore inasprissi di nuovo, cessò o per lo meno diminuì in seguito ad un vomito copioso di bile verde; due pinte per lo meno furono eruttate ad un tempo dallo stomaco. La china-china venne soppressa (*Siero con tamarindo*, *tisana di orzo*, *lavativo emmolliente*, *fomentazioni aromatiche*, *due vescicanti alle gambe*.

Durante la giornata il dolore e i vomiti rinnovaronsi più volte.

Alla notte il malato delirò. La mattina dei 22: voce spenta, oppressione estrema, faccia pallida e cadaverosa. La lingua, umida, era colorita da bile. Il ventre non era più teso. Noi lo toccammo senza cagionare da prima veruna sensazione penosa; ma appena fu alquanto più fortemente compresso, che un vivo dolore manifestossi. Il naso, le mani e i piedi erano freddi. Molti vomiti nella giornata; due evacuazioni alvine (*Vescicante all'epigastrio*, *acqua di Seltz*; *pozione antiemetica di Rivèrio*).

23. Tutta la superficie della pelle fredda. Vomiti.

24. Il polso, filiforme, appena sentivasi. Il freddo della morte già agghiacciava la pelle; cionnondimeno il malato aveva tuttora la mente affatto libera; egli conservava ancora forza bastante da sollevarsi e reggersi sul gomito. La sera innanzi erasi alzato per andare al pitale; più non risentiva dolore addominale da dodici a quindici ore. Alla notte aveva avuto de' singhiozzi. Morì alla sera.

Sezione del cadavere fatta quarant' ore dopo la morte.

La superficie esterna del corpo non era gran fatto più fredda di quello fosse nelle ultime 24 ore di sua vita.

Il cervello e i suoi inviluppi erano sani; un poco di sierosità limpida esisteva alla parte inferiore de' ventricoli laterali.

Il cuore e i polmoni non presentarono nulla di notabile.

Addomine. Lo stomaco disteso da una quantità grande di bile verde, toccava colla sua grande curvatura l'ombilico; la membrana mucosa, di un color grigio di ardesia nella porzione splenica e roseo nella porzione pilorica, presentava in ogni sua parte una mollezza assai grande; ma non era essa forse stata soggetta ad una specie di macerazione mediante il liquido copioso che era stato in contatto con essa già da più di 24 ore? (*).

(*) Le esperienze interessantissime del dott. Carswel, su le cause tutte fisiche di un certo numero di rammollimenti dello

Il duodeno, nelle sue tre porzioni aveva acquistato tale capacità che potevasi facilmente introdurvi il pugno. Lo jeuno, nel suo principio, rotolato e contornato più volte sopra sè stesso, era abbracciato dal mesenterio che stringevalo fortemente a modo di una corda, e, alla sua volta, esso comprimeva pure il mesenterio; questo era contornato, al pari dell' intestino, più volte sopra sè medesimo da destra a sinistra; facendogli fare tre giri da sinistra a destra, toglievasi lo strozzamento mutuo di questa membrana e delle anse intestinali. L' arteria e le vene mesenteriche superiori, rappresentavano un cordone fortemente teso, cui sembravano come sospese le parti strangolate; più sotto, questi vasi erano compresi nello strozzamento: quindi tutto il resto dell' intestino tenue, nutrito da essi, presentava un color bruno intensissimo, risultamento della stasi meccanica del sangue venoso nelle sue pareti; queste, d' altronde, conservavano ancora la loro consistenza ordinaria: le pareti dell' intestino grasso erano bianche.

Al disotto delle parti strangolate esisteva un tumore, avente il volume di un uovo di struzzo all' incirca, color rosso brunastro, formato da gangli linfatici e dal tessuto cellulare sotto-peritoneale notabilmente ingorgati.

La mucosa dell' intestino tenue, di un bel nero lustrino, presentava un' infinità di granulazioni miliari; se ne vedevano pure, ma in minor numero, nella mucosa dell' intestino grasso.

stomaco, danno gran peso a questo modo di vedere. Ho creduto conseguentemente dover lasciare questa frase quale avevala impressa nel 1822. (*Nouveau Journal de Médecine*, t. 15).

Il fegato, di volume ordinario, veniva agevolmente lacerato; la vescichetta del fiele conteneva una piccola quantità di bile gialla.

Gli altri visceri non presentarono nulla di notabile.

Quando il malato, soggetto della precedente osservazione, venne allo spedale, non presentava che i sintomi ordinarj di una febbre continua; ma cosa notabile! Mentre la prostrazione, lo stupore, la secchezza della lingua, il delirio che tornava tutte le notti e l'eruzione tifoide annunziavano una malattia grave, la circolazione mantenevasi nel suo stato naturale; due o tre volte soltanto, trovammo il polso un poco frequente e la pelle alquanto calda. Gli antichi avevano notato questa rarità del polso nelle febbri maligne, e la riguardavano di cattivissimo augurio (*).

Cionnondimeno la maggior parte de' sintomi gravi erano spariti, e un pronostico favorevole poteva farsi, quando i sintomi di uno strangolamento degl'intestini manifestaronsi. Abbiamo notato con cura, nel corso dell'osservazione, le singolari intermittenze del dolore addominale e la sua diminuzione in seguito a ciascun vomito. Abbiamo notato il freddo quasi cadaverico di tutta l'estensione della pelle, più di 24 ore innanzi la morte, in un tempo in cui il malato conservava tuttora bastevole forza da potersi sollevare e abbandonare il proprio letto.

La conservazione della cedevolezza del ventre, il carattere del dolore che la pressione non aumentava, distinguevano i sintomi di questo strangolamento da quelli di una peritonite.

(*) V. il terzo volume della *Clinica*.

Noi non cercheremo di spiegare, come potessero farsi questi nodi strani e quasi inestricabili dell'intestino tenue in giro al mesenterio, d'onde risultava la loro mutua compressione; appena puossi dar conto soddisfacente delle semplici introduzioni de'succhi negli intestini; ma dimanderemo se il malato non portava una disposizione congenita allo strangolamento cui soccombette. Quindi provennero forse i dolori addominali frequenti, ed i vomiti cui dalla sua prima infanzia era soggetto. Il volume enorme del duodeno, non era forse attribuibile alla presenza di un ostacolo imperfetto al corso delle materie, già da lungo tempo esistente? Questo intestino avrebbe mai potuto acquistare in pochi giorni dimensioni sì grandi? Ciò ne sembra tanto meno probabile in quanto che le sue valvole non erano nemmeno distrutte. La bile vi si accumulava come in un vasto serbatojo, poi passava nello stomaco d' onde il vomito la espelleva.

ARTICOLO TERZO

SINTOMI DELLA GASTRITE CRONICA.

Questi sintomi sono di tre sorta: alcuni puramente locali e consistono in una turbazione più o meno profonda delle funzioni dello stomaco; gli altri risultano dall'alterazione del moto nutritivo generale, alterazione che è conseguenza necessaria dell'affezion gastrica; altri finalmente sono puramente simpatici.

Qui presentasi un' importante questione a discutersi: le lesioni infinitamente variate da noi descritte nei due articoli precedenti vengono esse annunziate ciascuna in particolare da sintomi speciali? Noi non esitiamo a ri-

spondere negativamente. Eccettuati alcuni accidenti, che sono un risultamento affatto meccanico dell'obliterazione del cardias o del piloro per mezzo di un tumore, i medesimi fenomeni svelano il più delle volte durante la vita queste alterazioni organiche di forma e di struttura sì differenti.

Così, per modo d'esempio, è un grosso errore il credere che i dolori detti lancinanti accompagnino più particolarmente la lesione indicata sotto il nome di cancro dello stomaco. Noi crediamo anzi poter dedurre da un gran numero di osservazioni che siffatti dolori rare volte sono il prodotto di tale affezione. Così, l'esistenza de' dolori lancinanti è una delle circostanze che noi fummo solleciti di far risultare nell'individuo soggetto dell'osservazione quarta. Sembraci assai probabile che gli autori, i quali hanno dato questi dolori come un segno caratteristico del cancro dello stomaco, non li abbiano ammessi che per analogia con ciò che osservavano ne' cancri mammarj. Fra gl' individui nei quali abbiamo verificato, dopo morte, l'esistenza di differenti forme del cancro gastrico, sia l'indurimento scirroso od encefalico de' tessuti sottoposti alla mucosa, sia vegetazioni fungose, cerebriformi di questa membrana, sia ulcerazioni con distruzione profonda de' tessuti, e fondo costituito dal fegato e dal pancreas; fra questi individui, diciamo noi, alcuni non hanno mai accusato dolore all' epigastrio; in altri esso non consisteva che in un sentimento di molestia e di grevezza abituale verso questa regione; altrove, la sola pressione la faceva nascere, mentre, in altri casi, l'epigastrio poteva essere impunemente compresso. In molti malati il dolore non nasceva che quando erano stati introdotti alimenti nello stomaco.

Che se ora paragoniamo gli ammalati attaccati da affezioni dette cancerose dello stomaco, con quelli che avevano soltanto ciò che viene generalmente riconosciuto per gastrite cronica, non troveremo ne' caratteri e nell'intensità del dolore segno alcuno pel cui mezzo possiamo distinguere in modo certo quest'ultima affezione dalla prima.

Cercheremo segni differenziali più sicuri nelle variate turbazioni della digestione? Noi non troveremmo nulla di più soddisfacente. Così, per citare i due casi estremi, abbiamo veduto individui, i quali non avevano avuto, durante la loro vita, altro segno di affezione dello stomaco che un poco di anoressia, e tutt'al più un poco di difficoltà e d'imbarazzo all'epigastrio dopo aver mangiato, e nei quali abbiamo trovato vaste ulcerazioni dette cancerose nell'interno dello stomaco, oppure un indurimento scirroso esteso delle sue pareti. Abbiamo veduto, pel contrario, altri individui che risentivano all'epigastrio una sensazione molto più penosa dopo aver mangiato, che vomitavano, sia acque acri alla mattina e a varie ore della giornata, sia i loro alimenti, che avevano frequenti rutti acidi; e, in essi, cionnondimeno, che trovavamo noi? Niente altro che un ingrossamento rosso, bruno di ardesia, della mucosa, oppure un rammollimento più o meno grande di questa medesima membrana.

Potrà la natura illuminarci di più? È stato detto che l'ematosi era esclusivamente annessa all'esistenza di vegetazioni fungose, di ulcere cancerose, di masse encefaliche rammollite, sviluppate nell'interno dello stomaco. È stato detto che queste medesime lesioni producevano pure que' vomiti simili a fuliggine od a feccia di caffè, che osservavansi assai frequentemente, ed in

gran copia, negli individui attaccati da affezione cronica allo stomaco (Veggasi qui sopra alcune particolarità su la natura delle materie costituenti questi vomiti). Non v'ha dubbio che succedano frequentemente, quando lo stomaco è sede di una delle lesioni da noi ora indicate; possono però mostrarsi con alterazioni molto diverse, e allora, non hanno più valore per caratterizzarne alcuna. Ne abbiamo effettivamente comprovata l'esistenza, 1.° in ammalati il cui stomaco non presentocci, nella mucosa, altra alterazione che un poco di injezione o di rammollimento, con indurimento scirroso più o meno rilevante dei tessuti sottoposti, 2.° in altri, la cui membrana mucosa gastrica trovasi in uno stato d'ipertrofia, con colorazione grigia o brunastra, restando intatti i tessuti sottoposti..

Rispetto a' sintomi generali; sia simpatici, sia risultanti dal turbamento della chimificazione o dal suo annientamento, non ci sembrano più proprii de' sintomi locali a distinguere con certezza fra di esse le varie alterazioni organiche dello stomaco. È d'uopo tuttavia riconoscere che il color giallastro del volto, la magrezza, il decadimento, sono soprattutto apparentissimi nel caso in cui lo stomaco sia sede di affezione scirrosa o cancerosa propriamente detta.

Da queste considerazioni ne segue che, salvo il caso in cui un tumore facciasi sentire traverso le pareti addominali, non esiste alcun segno certo per distinguere ciò che dicesi, nel linguaggio medico ordinario, un cancro dello stomaco da ciò che chiamasi una gastrite cronica.

CAPITOLO SECONDO

OSSERVAZIONI SOPRA CASI DI DISORDINI FUNZIONALI DELLE VIE DIGERENTI COMBATTUTI FELICEMENTE CON MEZZI NON ANTIFLOGISTICI.

Le varie alterazioni dello stomaco da noi passate in rassegna ne' capitoli precedenti, hanno pel pratico, come abbiamo detto, questo carattere comune importantissimo, vale a dire, che la cura antiflogistica è quella che può loro essere opposta con più vantaggio. Uno de' maggiori servigi da Broussais all' umanità prestati si è incontrastabilmente lo aver mostrato che un certo numero di gruppi di sintomi, riguardati generalmente prima di lui come dipendenti da uno stato di debolezza dello stomaco, erano pel contrario legati ad uno stato di eccitamento di quest' organo, e richiedevano per conseguenza una semplice medicazione raddolcitiva.

Sonovi non pertanto casi da noi ben avverati, in cui, sia che questi medesimi sintomi esistano, sia che in vece di essi se ne manifestino altri, i quali non differiscono sovente che per gradazioni quasi insensibili, la affezione dello stomaco non saprebbe più essere riguardata qual vera affezione infiammatoria. Infatti, da una parte, la sezione de' cadaveri o non mostra nello stomaco alcuna lesione valutabile, o pure vi presenta delle lesioni la cui natura flemmassica non ci sembra provata almeno in senso rigoroso; d' altra parte, la cura che meglio riesce non è già in tal caso l' antiflogistica; e quella che praticasi sovente, lungi dal guarire, non dovrebbe servire che a mettere più allo sco-

perto l'infiammazione gastrica, quando pure vi esistesse.

Occupiamoci prima de' casi in cui, in uno stomaco riguardato come ammalato durante la vita, l'anatomia patologica non iscopre lesione alcuna.

Questi casi sono rari, ma affatto reali. Così, noi abbiamo veduto allo spedale molti individui i quali, durante il loro soggiorno più o meno lungo allo spedale, avevano presentato una mancanza totale di appetito, senza che vi fossero d'altronde nè nausee, nè sete, nè dolore epigastrico. Eglino soccombevano ad un' affezione cronica del polmone, della parte inferiore del tubo digerente o del fegato. Alla sezione del cadavere trovavamo il loro stomaco esente da qualunque lesione valutabile, la membrana mucosa generalmente pallida, avente in ogni sua parte la grossezza e la consistenza del suo stato fisiologico. In altri, oltre l'anoressia, osservavasi una pesantezza, un impedimento verso l'epigastrio, sia continuo, sia esistente dopo l'ingestione degli alimenti. In altri finalmente le materie introdotte nello stomaco erano rigettate dal vomito, e così in questi individui, come ne' precedenti, trovavamo lo stomaco nelle condizioni più sane di organizzazione.

Non v'ha dubbio da questi fatti che lo stomaco possa essere alterato nelle sue funzioni, senza che la sua organizzazione sia lesa in modo per noi valutabile. Chi mai potrà affermare che in simil caso il turbamento delle sue funzioni sia risultamento di un'irritazione? È chiaro che questa sarebbe soltanto un' ipotesi. Noi d'altronde sappiamo sì poco con quali forze compiasi la chimificazione, che non possiamo quasi nè apprezzare nè calcolare le cause che le impediscono di

effettuarsi. D'altra parte, i vincoli simpatici che uniscono lo stomaco agli altri organi sono sì numerosi che il turbamento di uno di questi agenti deve necessariamente modificare le funzioni dello stomaco, senza che questa modificazione sia necessariamente una flemmasia, od anche una semplice irritazione. Non può egli succedere, a questo riguardo, della membrana mucosa gastrica, ciò che della pelle? E se nel corso della maggior parte delle malattie croniche, l'inviluppo cutaneo trovasi sovente sì notabilmente modificato nella sua secrezione perspiratoria, folliculare ed epidermica, senza ch' esso venga menomamente infiammato od irritato, perchè mai in simile occorrenza le funzioni della membrana mucosa dello stomaco non trovavansi pure più o meno profondamente alterate? Finalmente, in virtù della maravigliosa legge di sinergia, onde l'economia ci dà continui esempi, sembra che le funzioni dello stomaco, in cui comincia l'atto assimilatore, debbano tendere a sospendersi, per ciò solo che altri organi della via nutritiva (intestino tenue, polmoni, fegato ec.) hanno cessato essi medesimi di compiere le loro funzioni. A che servirebbe infatti che si formasse il chimo, se le trasformazioni ulteriori dell' alimento non potessero effettuarsi, se esso non potesse farsi nè chilo, nè sangue, nè per ultimo parte integrante de' tessuti dell' essere? Il professore Berard, di Montpellier, sembraci abbia espresso questa idea con non meno energia che giustezza, quando disse che l' economia digeriva per mezzo dello stomaco.

Vi sono pure alcuni casi di malattie acute in cui, gravi accidenti avendo esistito durante la vita dal lato dello stomaco, fu trovato, dopo morte, quest' organo

nelle condizioni del suo stato fisiologico. Citeremo in particolare il caso seguente:

IX. OSSERVAZIONE.

Vomiti copiosi fino alla morte. Stomaco sano. Spandimento di sierosità ne' ventricoli cerebrali.

Una fanciullina di circa tre anni (*) fu presa, senza causa nota, da copiosi vomiti; questi continuarono pel corso di ventiquattr' ore senza altro sintomo grave; poi l' ammalata cadde in uno stato comatoso sempre maggiore, e morì. Il polso ebbe costantemente molta frequenza; la lingua, per quanto fu possibile accorgersene, parve allontanarsi dallo stato suo naturale.

Alla sezione del cadavere trovaronsi i ventricoli del cervello assai distesi da una quantità copiosissima di sierosità limpida; non eravi altra alterazione nell' encefalo e nelle sue dipendenze. Lo stomaco ci parve esente da qualunque sorta di lesione: la sua superficie interna era pallida in tutta la sua estensione, la membrana mucosa aveva la grossezza e la consistenza proprie al suo stato fisiologico. Trovammo pure esente da ogni lesione valutabile il rimanente del tubo digerente, come pure gli altri organi dell' addomine e del torace.

In questo caso, i vomiti copiosi che indicarono il principio della malattia e continuarono quanto essa,

(*) Ho raccolto questo caso in città, nella pratica di mio padre. La ragazza è morta in casa di Mad. Peyre, pensionante. Io ho fatto la sezione del cadavere in presenza di mio padre e del mio amico il dott. Descieux.

furono il risultamento manifesto dell'affezione del cervello; non trovossi più la menoma traccia di gastrite. Questo è uno de' casi più decisi d'idrocefalo acuto, esente da tutte quelle complicazioni che abbiamo avuto occasione di osservare.

Da questi fatti ne segue che il turbamento delle funzioni dello stomaco non trae seco necessariamente l'esistenza di un'alterazione della sua organizzazione da noi valutabile; non è d' altronde la sola parte dell'economia che trovisi in questo caso: quindi è ben dimostrato per noi che certi flussi intestinali sono indipendenti dall'esistenza di un' alterazione organica valutabile delle intestina, che vi sono ben anche delle idropisie senza ostacolo meccanico alla circolazione venosa, senza infiammazione antecedente dimostrata, senza modificazione qualunque nella tessitura delle membrane sierose o del tessuto cellulare; affermeremo pure non esservi quasi disordine alcuno funzionale del sistema nervoso che non possa esistere indipendentemente da qualsiasi lesione suscettiva di essere svelata mediante la sezione del cadavere.

Sonovi altri casi in cui, in individui il cui stomaco parve, durante la vita, essere più o meno turbato nelle sue funzioni, non trovansi, a vero dire, lesioni in quest' organo; ma nulla dimostra che siano di natura infiammatoria. Quindi, sebbene siasi stabilito precedentemente che, così nello stomaco come in molti altri organi, il rammollimento è un risultamento d' infiammazione, sembraci impossibile l' affermare che ogni rammollimento sia realmente prodotto da un processo flemmassico. Sembraci che questo rammollimento, in molti individui esauriti da malattie croniche, esistente nella membrana mucosa gastrica, sia soltanto un grado

di più della diminuzione di consistenza che presentano, in questi medesimi individui, sia la fibra muscolare, sia il sangue stesso estratto da una vena (*). Certo, è fondare sur una ragionevole analogia, e un non allontanarsi dalle leggi di una sana filosofia, l'ammettere che nel caso in cui i principali agenti della vita, il sangue e il sistema nervoso, non nutriscono e non eccitano più sufficientemente gli organi, la forza tutta vitale di aggregazione, per cui le differenti molecole de' tessuti vitali sono riunite, questa forza, dico, cessa di avere la sua intensità fisiologica; quindi, diminuzione della coesione di questi tessuti, e loro rammollimento più o meno grande, dal grado in cui, come dicesi volgarmente, *avvi flaccidità di carni*, fino a quello in cui, perdendo i caratteri dell' organizzazione, il solido tende a farsi nuovamente liquido. Così, come già altrove abbiamo ricordato, la cornea trasparente si rammollisce e perforasi negli animali che assoggettansi ad un regime non sufficientemente riparatore. Abbiamo osservato alcuna volta simile accidente negli adulti, e specialmente in fanciulli giunti all' ultimo grado di marasmo, e ne' quali in pari tempo macchie scorbutiche mostravansi su varj punti del corpo. In questi medesimi fanciulli incontrasi frequentemente un rammollimento notabilissimo delle parti centrali bianche del cervello (corpo calloso, setto lucido, volta a tre colonne) senza che siffatto rammolli-

(*) Ciò non è tutto, e dopo le ultime ricerche di Carswel, non si può più rifiutarsi ad ammettere come dimostrato ciò che già aveva riguardato come possibile nel mio *Précis d'Anatomie pathologique*, vale a dire, che un gran numero di rammollimenti dello stomaco avvengono dopo la morte, essendo prodotti da cause, le quali agiscono su la mucosa gastrica solo quando la vita è cessata.

mento produca, durante la vita, alcun sintomo d'irritazione dell'encefalo; non sarebbe pur fisiologico il porlo nella classe de' rammollimenti per mancanza di nutrizione o per diminuzione di vitalità? Chi oserebbe ancora affermare che tutti i rammollimenti del cuore siano un risultamento di flemmasia, od almeno di una semplice irritazione; vale a dire, giusta la definizione di Roche, di un aumento nell' azione organica del cuore? È il medesimo di certi rammollimenti del fegato e della milza onde parleremo nel corso di questo volume. Finalmente è egli un' infiammazione od un' irritazione il notabile rammollimento cui le ossa de' rachitici vanno soggetti (*)?

In altri individui non trovasi, propriamente parlando, lo stomaco rammollito; ma le sue tuniche sono notabilmente assottigliate; la membrana muscolare è ridotta a poche fibre pallide e sparse, e sovente, in una parte più o meno grande della sua estensione, le pareti dello stomaco non sono più realmente costituite che dalla tunica peritoneale, su cui è apposto uno strato celluloso sottilissimo, che tien luogo della tunica velutata. Al pari de'rammollimenti onde parlammo poco fa, questo assottigliamento, sia della sola membrana mucosa, sia di tutte le tuniche simultaneamente, osservasi solo negl' individui che soccombono nel marasmo, esauriti da una malattia cronica. Una sola volta l' abbiamo osservato in una giovane che era in carne, e venne allo spedale co' sintomi di una meningite acuta di cui cadde vittima. Ma in questo caso noi ignoriamo se, innanzi l' invasione dell' affezione cerebrale, segni di ma-

(*) Veggasi su la natura e su le cause di rammollimento de'varj organi il nostro *Précis d'Anatomie pathologique*.

lattia dello stomaco non esistessero da tempo più o meno lungo.

Si concepisce pure che se, in un certo numero di casi, questo assottigliamento dello stomaco sopraggiunge, come quello de' muscoli, in un periodo inoltrato di molte malattie croniche, sonovi altri casi in cui questo medesimo assottigliamento è la malattia primitiva.

Che se alcuni fossero indotti a non riguardare l' assottigliamento, l'atrofia vera delle pareti gastriche, ond' è questione, che come uno de' numerosi risultamenti producibili, ne' suoi varj gradi, da una flemmasia cronica, domanderemo loro se pensano pure debbasi riferire ad un processo infiammatorio l' assottigliamento notabilissimo cui ne' vecchi le pareti ossee del cranio vanno soggette (*).

La natura delle affezioni gastriche può ancora essere chiarita, in un certo numero di casi, dalla considerazione de' metodi terapeutici che ad esse vengono con maggior vantaggio opposte. Ora, noi abbiamo assai volte veduto molte di queste affezioni combattute con successo da cure affatto contrarie alla cura antiflogistica, da crederci in diritto di dubitare assai su la loro natura infiammatoria. Del resto, noi qui non saremo che semplici storici, e ci accontenteremo di sottoporre i seguenti fatti alla meditazione de' pratici.

Persistiamo da prima a riguardare qual' affezione diversa dalla gastrite quel complesso di sintomi che i

(*) Il dottore Gendrin (*Histoire anatomique des inflammations* 1.°) ha già ottimamente dimostrato come, dall' atrofia simultanea di molti elementi anatomici che entrano nella composizione delle pareti dello stomaco, debba risultare l' assottigliamento della membrana mucosa di quest' organo, e delle tuniche sottoposte.

pratici hanno lungamente indicato col nome d'imbarazzo gastrico. Noi più non contiamo i casi in cui, sia allo spedale, sia in città, abbiamo veduto, in conseguenza di evacuazioni provocate d'alto in basso, ristabilirsi la salute in individui ne' quali l'alterazione era annunziata da'segni seguenti: da otto a quindici giorni, a un mese, non avevano più appetito; la bocca era abitualmente cattiva; la lingua, larga, pallida alla punta ed ai margini, era coperta da una patina biancastra o giallastra, *senza che questa patina fosse punteggiata in rosso*; le evacuazioni alvine regolari, ora rare e molto consistenti, ora più frequenti e molli; sovente una molesta sensazione e di pesantezza esisteva all'epigastrio, e, in alcuni occorrevano nausee. Inoltre eravi un mal essere generale più o meno apparente, un sentimento di spossatezza abituale; la faccia gialla e smunta; gli occhi abbattuti; la testa sovente dolorosa. Abbiamo veduto molte volte questo complesso di sintomi resistere alle applicazioni delle mignatte, o semplicemente alla dieta, all'uso delle bevande diluenti, ed essere in seguito rapidamente distrutti da un vomitivo o da un purgante. Esistono egli in tal caso delle *saburre* nelle vie digerenti? Avvi forse una modificazione viziosa della secrezione del muco gastro-intestinale, sia nella sua quantità, sia nelle sue qualità? Le forze ignote, il cui concorso è necessario al compimento della digestione, sono forse alterate? Ed eccitando in certo modo il tubo intestinale e i suoi annessi le ristabiliscono forse i vomitivi e i purganti? Noi lo ignoriamo, ma ciò che per noi è fuori di ogni dubbio, è il buon effetto di questo genere di medicazione ne' casi da noi segnalati, e, in questi casi medesimi la inutilità degli antiflogistici (Veggasi il terzo volume).

Prima di passare ad altri ordini di fatti, citeremo qui un caso in cui una forte cefalalgia inutilmente combattuta co' salassi, sparì in seguito alle evacuazioni d' alto in basso, spontaneamente stabilitesi.

X. OSSERVAZIONE.

Segni d' imbarazzo gastrico e intestinale; cefalalgia. Inutilità delle emissioni sanguigne. Guarigione in conseguenza di evacuazioni biliose spontanee d' alto in basso.

Un chirurgo di ventidue anni, risentiva da tre settimane una cefalalgia frontale penosissima, e frequenti stordimenti, quando venne allo spedale. Da questo stesso spazio di tempo aveva pure un' anoressia completa, la bocca amara, e una forte costipazione.

Quando noi lo vedemmo, la faccia era abbattuta; la lingua, coperta da una patina biancastra uniforme, non aveva rossezza alcuna; l' addomine era in ogni sua parte cedevole e indolente; il polso alquanto frequente senza che la pelle fosse calda. Il giorno prima aveva risentito stordimenti sì forti da impedirgli l' abbassarsi e l'andare, per tema di uscir di mente; egli paragonava il suo dolor di capo alla sensazione che produrrebbero sul proprio fronte violenti colpi di martello. Otto sanguisughe vennero applicate a ciascun lato del collo, e due giorni dopo gli venne fatto un salasso al braccio. (Il sangue, uscito da una larga apertura, riunissi in un largo coagulo senza cotenna). Non si ottenne miglioramento veruno. Ne' tre giorni seguenti, pediluvj, lavativi, tisane diluenti, nessun alleviamento.

Sette giorni dopo il suo ingresso, lo stato del malato

era ancora presso a poco lo stesso; dodici nuove mignatte applicate al collo non lo modificarono.

Dall' ottavo al nono giorno, un mese circa dappoi che la salute di quest' individuo aveva cominciato ad alterarsi, vomitò spontaneamente una quantità grande di bile verdastra, e nella giornata ebbe più volte beneficio di corpo: le evacuazioni erano formate da materia sommamente gialla e liquida; facevansi senza dolore. Alla sera la cefalalgia e gli stordimenti erano sensibilmente diminuiti; il giorno seguente questi fenomeni morbosi più non esistevano. Ne'tre giorni dopo occorse una diarrea biliosa abbondante, poi essa si arrestò così spontaneamente com' era cominciata. Allora la lingua nettossi, il cattivo gusto della bocca cessò, l' appetito ristabilissi, e il malato non tardò guari ad uscire.

In questo caso, non puossi ragionevolmente domandare se tali evacuazioni, artificialmente provocate, avrebbero accelerato il momento del riacquisto della salute.

XI. OSSERVAZIONE (*).

Sintomi di gastrite cronica; cefalea. Nessun miglioramento colla cura antiflogistica e la dieta. Nutrizione più sostanziale: guarigione.

Un giovane di circa vent'anni, ben costituito, godeva di una buona salute, quando si abbandonò al furore dell' onanismo. Dopo un certo tempo ch' ebbe cominciato a contrarre questa funesta abitudine, le sue digestioni, fino allora sì facili, si alterarono: sentiva dopo aver mangiato una gravezza incomoda all' epigastrio,

(*) Raccolta nella pratica di mio padre.

nel tempo stesso, deperimento e in breve, apparizione di una cefalalgia frontale penosissima. Questi accidenti continuavano già da alcuni mesi, quando venne consultato un medico; spaventato dal cattivo stato di sua salute, M. . . . più non si corrompeva, e nondimeno le funzioni dello stomaco non ristabilivansi; la cefalalgia continuava. Fu riguardato come attaccato da una gastrite cronica; in conseguenza gli vennero prescritti un regime severo e una dieta quasi assoluta, e molte volte gli furono applicate sanguisughe all' epigastrio; questa cura non ebbe successo alcuno; il dolore di testa non diminuì, e neppure l' imbarazzo delle digestioni. Allora venne cangiata la medicazione, gli fu accordata una nutrizione più sostanziale; gli fu prescritto l' uso di sughi di carne e braciuole. Dopo brevissimo tempo ch' ebbe cominciato questo nuovo regime, la cefalalgia disparve, la gravezza all'epigastrio cessò di farsi sentire, e M. . . . fu in breve ritornato alla primiera salute (*).

Da questo fatto sembraci si possa conchiudere che i sintomi gastrici sì spesso consecutivi agli eccessi venerei, e all' onanismo in particolare, non vogliano essere riguardati qual produzione costante e necessaria di un' irritazione dello stomaco. Il caso ora citato ci porta, pel contrario, a pensare che, lungi allora dall' essere lo stomaco irritato, sia realmente indebolito; esso cessa di ricevere la parte d'influsso nervoso necessaria al compimento normale delle sue funzioni. Ciò che avvi di certo si è non potersi dubitare che questi eccessi vene-

(*) Si possono leggere fatti più o meno simiglianti a questo, in una bell'opera su la gastralgia nervosa, recentemente dal dott. Barras pubblicata.

rei abbiano per effetto di diminuire l' energia del sistema nervoso, d'indebolire o depravare l'influenza di questo sistema sui varj organi della vita animale e nutritiva. E perchè mai la forza digestiva non potrebbe indebolirsi in questo caso, a quel modo che indebolisconsi le forze muscolari, le facoltà intellettuali e sensorie? Ciò non vuol già dire che in simile occorrenza non possono nascere infiammazioni; noi pel contrario, crediamo, per ciò stesso che vi è modificazione dell'azione normale de' centri nervosi, esservi facilità maggiore in questi organi a divenir sede di congestioni, di irritazioni, di vere flemmasie; ma, per una parte, non bisogna credere che tutti gli accidenti che allora sopraggiungono siano cagionati da esse; e, dall' altra, non vuolsi dimenticare che, anche quando esse esistono, la loro cura debb' essere modificata in ragione delle condizioni particolari dell' organismo in cui siffatte flemmasie sonosi manifestate.

Nell' osservazione or ora esposta, è chiaro che la guarigione devesi riconoscere non dal solo allontanamento della causa determinante la malattia; perchè, già da lungo tempo quel giovane più non si corrompeva, e nondimeno il turbamento delle funzioni digestive continuava; noi non dubitiamo che tale turbazione sia stata mantenuta dalla cura debilitante cui l'ammalato fu da principio assoggettato.

Noi conosciamo un uomo di mezza età, di debole costituzione, il quale da un certo tempo aveva perduto l'appetito, e risentiva abitualmente del mal essere; quando egli introduceva alcun poco di alimento nel suo stomaco, risentiva all'epigastrio una gravezza incomoda. L' amministrazione del solfato di chinina, gli restituì l'appetito e la salute. Puossi ammettere che in

questo caso fossevi una gradazione qualunque sia di gastrite cronica?

Prima di abbandonare questo soggetto, citeremo un ultimo fatto, la cui esattezza viene da noi guarentita; e che sembraci molto degno di essere notato, qual che d' altronde sia il modo con cui vogliasi interpretarlo. Noi lo esponiamo senza le nostre riflessioni sottoponendolo alla meditazione del lettore.

XII. OSSERVAZIONE.

Affezione dello stomaco presentante tutti i sintomi di una lesione organica di questo viscere, guarita durante una cura mercuriale.

Una donna in età di 29 anni, nata da un padre morto di affezione organica allo stomaco, maritata all' età di 17 anni, e che aveva avuto quattro figliuoli ne' cinque primi anni del suo matrimonio, contrasse, tre anni fa, una blennorragia, la quale, dopo essere stata curata nel suo stato acuto con bevande raddolcitive, con bagni e con alcune injezioni calmanti, fu in seguito soppressa coll'uso della pozione astringente conosciuta sotto il nome di pozione di Choppart.

Lo scolo era cessato; l' ammalata non presentava sintomo alcuno generale o locale che potesse svelare l' esistenza del virus sifilitico; essa assicurava di non aver mai gioito di sì fiorente salute; di tempo in tempo soltanto mostravansi alle grandi labbra pochi bottoni che sparivano prontamente mediante l'uso de' bagni e di alcune lozioni di acqua di altea. La loro riapparizione frequente attrasse la mia attenzione; accuratamente esaminati, essi parevanmi presentare un aspetto erpe-

tico. L' ammalata venne assoggettata all' uso di brodi rinfrescativi, e prese venti bagni di Barrège; dopo questo tempo i bottoni più non mostraronsi. Pel corso di due anni continuai a vedere questa dama spessissime volte, e attesto che la sua salute non fu alterata menomamente. Alla fine di questi due anni, M. fu in balìa di vive emozioni morali; la sua vita domestica venne funestata da ogni sorta di dispiaceri. Da questo momento M. cominciò a dimagrare; il suo volto si scolorì, la sua carnagione divenne piombina e livida; in breve, manifestaronsi i più gravi sintomi dal lato delle vie digestive; l' appetito cessò; gli alimenti introdotti nello stomaco cagionavano una sensazione dolorosa, la cui sede era dall' ammalata indicata sotto l' appendice xifoide; alcuna volta venivano rigettati poche ore dopo la loro ingestione. La regione epigastrica, palpata accuratamente, non presentava tumore alcuno; essa era sensibile alla pressione; frequenti rutti occorrevano; la lingua era abitualmente biancastra; le evacuazioni alvine naturali; il polso rare volte era frequente; la pelle arida; i mestrui tornavano ciascun mese come di costume, ma assai meno copiosi. Tutto pareva mostrare l'esistenza di una gastrite cronica. Sintomo alcuno non lasciava sospettare che il fegato fosse attaccato. Vennero applicate delle mignatte all' epigastrio; molte volte parvero esse diminuire la sensibilità dello stomaco. Questa regione fu coperta da fomentazioni emollienti; sperimentossi l' empiastro con emetico, vescicanti volanti all' epigastrio; fu applicato al braccio un cauterio; il ghiaccio posto su l' epigastrio, sospese sovente i vomiti; all' interno, ogni sorta di opiato veniva prontamente rigettato; l' ammalata non prendeva che bevande emollienti.

Malgrado tutti gli sforzi dell' arte, la malattia faceva spaventosi progressi. Quattro mesi dopo l' apparizione de' primi sintomi, occorrevano vomiti giornalieri; qualunque sorta di alimento solido o liquido, era in gran parte rigettato poco dopo la sua introduzione nello stomaco; il latte di asina era la sola bevanda nutritiva che potesse ancora essere digerita.

Disperavasi di riuscire a sospendere più a lungo il progresso di questa deplorabile affezione, quando un giorno l' ammalata si dolse di un calor incomodo alla gola e di una difficoltà ad inghiottire. L' inspezione delle parti fece scoprire su la parete posteriore della faringe un' ulcerazione poco larga e tondeggiante, il cui aspetto avvicinavasi molto a quello delle ulcere sifilitiche; non esisteva verun altro morbo venereo. Domandossi allora se non era possibile ammettere che l' affezione dello stomaco che stava per trascinare l' ammalata al sepolcro, fosse ascrivibile ad un vizio sifilitico. Per quanto rischiosa si fosse tale idea, io mi vi applicai, essendo il solo mezzo di salute che ancora le restava, e considerato che in ogni peggior evento, gl' inconvenienti di una cura antivenerea diretta con prudenza non potevano bilanciare i vantaggi che fossero per risultarne, quando fosse ben applicata.

Cousigliai quindi l' uso di pillole mercuriali, ciascuna delle quali conteneva l' ottava parte di un grano di deuto-cloruro di mercurio. Feci dar cominciamento con una pillola che venne presa alla sera; le feci aumentare una alla volta, metà alla mattina, metà alla sera, fino al numero di sei soltanto. Faceva bere alla mattina alcune tazze di orzo con latte che l' ammalata non vomitava sempre; questa cura fu continuata pel corso di quaranta giorni. Ne' primi tempi, il migliora-

mento fu insensibile; è però certo almeno che il mercurio introdotto nello stomaco non aggravò gli antichi accidenti gastrici, e che lo stato dell'ammalata non peggiorò. Verso il vigesimo quinto giorno, i vomiti divennero meno frequenti; lo stomaco parve digerire un po' meglio; le forze sembravano riaversi, il colore del volto era meno piombino. Dal trigesimo al quarantesimo giorno il miglioramento non potè essere posto in dubbio, esso era indicato soprattutto dalla rarità de' vomiti.

Incoraggiato da questo successo, associai allora a quella cura l'uso delle frizioni; frizionaronsi da principio ogni tre giorni, poi ogni due giorni, le estremità inferiori con una sola dramma d'unguento mercuriale. Dopo la dodicesima frizione lo stato dell' ammalata non era più riconoscibile. I vomiti erano cessati; gli alimenti potevano essere introdotti senza dolore nello stomaco; la regione epigastrica cedevole ed indolente; la pelle aveva perduto la sua aridità; il volto riprendeva la sua freschezza, e in breve l'ammalata si trovò in uno stato di piena salute.

Il fatto ora esposto è lungi dall' essere senz' analogo negli annali della scienza. Leggesi in Stoll, per esempio, la storia di un individuo da lui liberato mediante una cura mercuriale da vivi dolori addominali, accompagnati da un turbamento sensibile nelle digestioni, e da un deperimento generale.

Uno de' più onorevoli e più dotti pratici della capitale, Marc, ci ha fatto vedere ultimamente un malato, il quale sotto molti aspetti può essere assimigliato a precedenti.

Un attore di uno de' teatri di Parigi in età di 40 anni circa, aveva avuto molte volte sintomi di malattia

sifilitica, blennorragia, cancri, tumefazione delle glandole inguinali, gonfiamento di varie parti del periostio, dolori osteocopi, pustule cutanee: non era mai stato soggetto ad alcuna cura continuata. Quando egli consultò Marc trovavasi nello stato più deplorabile di deperimento: faccia pallidissima, esprimente la sofferenza; guance incavate; magrezza grande; esaurimento di forze tale, che il malato appena con molta difficoltà poteva andare per la stanza, nè più gli riusciva discendere per la scala della casa che abitava; tosse breve, secca e frequente, voce rauca, lieve dolore alla laringe; respirazione breve e precipitata; lingua alquanto rossa; anoressia, dolore epigastrico; vomiti frequenti; evacuazioni alvine naturali, dolori vivissimi e profondi alle membra; tumefazione dolorosa verso la metà della faccia interna della tibia, che pareva dipendere da un gonfiamento del periostio.

Dal complesso de' sintomi ora enumerati, sembrava che questo individuo fosse attaccato da una doppia flemmasia cronica dello stomaco e de' bronchi, ed avevasi fortissima ragione di sospettare in lui l' esistenza di tubercoli polmonari, o di temerne lo sviluppamento. Ciò non di meno, noi ascoltammo unitamente a Marc il suo petto, e questo modo d' investigazione, al pari della percussione non iscopricci lesione alcuna organica dell' apparecchio respiratorio. Da lungo tempo il malato era stato assoggettato a tutte le varietà della cura antiflogistica, senza avere vantaggio alcuno. In questo stato di cose Marc domandò a sè stesso se non era questa un' *etisia venerea*, e dopo avere deliberato con noi, incominciò l' uso delle frizioni mercuriali che furono continuate per un certo tempo; nell'interno venne data salsapariglia. A poco a poco le forze si ristabilirono,

la faccia prese un aspetto più naturale, le carni ritornarono; i fenomeni morbosi sì inquietanti che esistevano dal lato de' polmoni e dello stomaco sparirono, e dopo tre mesi di cura, durante la quale il mercurio agì con energia tale da provocare la salivazione, la salute di M. era ristabilita.

Qualunque siasi la causa cui vogliansi attribuire i sintomi gastrici presentati da questi due malati, ed inoltre gli accidenti gravissimi cui il secondo soggiacque dal lato del petto, sta però sempre potersi dai due fatti esposti trar la conclusione che sintomi simili a quelli onde viene annunciata una lesione organica dello stomaco o de' polmoni, possono sparire, nel tempo stesso che amministrasi un medicamento il quale, come il mercurio, dovrebbe pel contrario inasprirli, se la lesione organica che essi sintomi sembrano indicare esistesse effettivamente. Questa lesione d' altronde è il termine comune cui tende ogni affezione che, colla sua persistenza in un tessuto, ne modifica più o meno la nutrizione. Quindi sembraci dimostrato, che il turbamento della digestione manifestantesi in conseguenza di vive emozioni morali, di fatiche intellettuali, di eccessi d' onanismo, sia da attribuirsi alla sospensione, o meglio al pervertimento cui va soggetto nel suo modo di esistere la porzione del sistema nervoso, che nello stato normale presiede all' atto della chimificazione. Non è adunque ciò da principio una flemmasia, ma non è meno vero che se questo pervertimento dell' innervazione si prolunga, la nutrizione de' varj tessuti dello stomaco si altera, vi si stabiliscono congestioni, e ciò che da prima era solo una neurosi, trasformasi in profonda lesione organica. Gli è così che molti cancri di stomaco riconoscono per origine delle emozioni

morali; e pure così che vomiti calmati ne' primi tempi della loro esistenza cogli opiati, e che sembrano essere allora puramente nervosi, cangiano più tardi di carattere, e divengono sintomatici di una vera gastrite. In simil caso sembraci che sia soltanto una medesima malattia, la quale ne' suoi varj gradi modificasi ne' suoi sintomi e nella sua cura: sembraci che siavi veramente trasformazione di una in altra malattia. Ci par poco fisiologico non vedere in ciascuna alterazione delle funzioni dello stomaco, che un risultamento d'irritazione variante solo pe' suoi gradi. Non si pensa allora che a combattere la flemmasia con evacuazioni sanguigne, e si dimentica che sovente essa pure è un effetto, e che colle cavate di sangue non si combatte in modo alcuno la causa che la produce. È questa causa che trattasi soprattutto di cercare, di trovare e di combattere. Così hanno ragionato i medici che hanno curato i due ultimi malati la cui storia venne da noi esposta e vi sono riusciti. Se è vero d'altronde che certe ulcerazioni della pelle, della membrana mucosa buccale, faringiana riconoscono per causa il virus sifilitico (*), e che ad esse opponesi con successo una cura mercuriale, non vediamo perchè, ulcerazioni, od altre lesioni delle parti più profonde delle membrane mucose, non potrebbono pur riconoscere la stessa causa e cedere allo stesso modo di cura. Numerose osservazioni e ben fatte possono solo decidere questa questione: ora siffatte osservazioni la scienza le attende ancora.

(*) Preghiamo il lettore di notare che il successo della cura mercuriale in simil caso, è comprovato da un numero troppo grande di fatti, perchè vi si possa muover dubbio, quand'anche non si ammettesse l'esistenza del virus sifilitico.

Esiste un metallo le cui varie preparazioni introdotte nell' economia in uno stato di estrema divisione, producono, sia nelle funzioni del tubo digerente, sia in quelle di altri organi, bizzarre turbazioni, la cui causa non ci sembra potersi collocare, come fu detto, in uno stato flogistico degl' intestini. Questo metallo è il piombo, ed è coll' esposizione delle nostre ricerche su le malattie da questo metallo prodotte, che noi termineremo quanto avevamo da dire in questo volume su le affezioni delle vie digerenti. Noi l'abbiamo già detto e lo ripetiamo ancora: per ciò stesso che il gran fenomeno dell' infiammazione ha fermato in ispecial modo l' attenzione in questi ultimi tempi, sembraci utile insistere vivamente sui fatti che tendono a restringere l' importanza della parte che venne accordata a questa stessa infiammazione alla produzione delle malattie.

CAPITOLO III.

OSSERVAZIONE SULLA COLICA DI PIOMBO.

La storia della colica di piombo è già stata con cura da molti scrittori esposta; quindi, non ne avremmo parlato in questo volume se, in ragione delle nuove dottrine mediche, molti punti della storia di questa malattia non fossero divenuti recentemente un oggetto di discussione. Qual' è la sua natura? In quale stato trovasi il tubo digerente negl' individui che ne soccombono? Quali specie di lesioni determina essa consecutivamente nelle funzioni o nell' organizzazione del sistema nervoso? Il turbamento di questo sistema è egli sempre consecutivo alle lesioni delle vie digerenti? Non

è egli alcuna volta primitivo? Quale si è la miglior cura da opporsi a questa colica? I mezzi terapeutici che riescono a dissipare la colica stessa, sono essi efficaci per distruggere gli accidenti che dipendono dall'alterazione de' centri nervosi? La colica prodotta dalle preparazioni di rame, in cui avvi diarrea, mentre nella colica di piombo avvi costipazione, reclama nondimeno lo stesso modo di cura di questa. Finalmente la considerazione de' sintomi di questa specie di colica, della cura che le si oppone, non solo senza pericolo, ma con vantaggio; la considerazione dello stato in cui trovasi in simil caso il tubo digerente, non può essa contribuire a spargere alcuna luce su la natura e la sede di varj dolori addominali, i quali mostrando risiedere nelle vie digerenti, non sembrano dipendere tuttavia nè da una peritonite, nè da una vera enterite? Da ciò che i malati attaccati da colica di piombo sopportano impunemente forti dosi di drastici i più violenti, non bisognerebbe certo conchiudere, come hanno fatto molti, che la membrana mucosa gastro-intestinale sia dotata soltanto di una sensibilità affatto ottusa; ma è lecito per lo meno trarne la conseguenza che altri stati dell'economia possono ugualmente presentarsi in cui, la sensibilità naturale della mucosa intestinale trovandosi al disotto del suo stato normale, stimolanti più o meno energici possono essere posti impunemente in contatto con essa; questo è pur ciò che succede normalmente in certi individui, come dimostrano molte osservazioni già citate in questo volume e nel precedente.

Noi speriamo che ciò che segue potrà rischiarare molte delle quistioni da noi ora suscitate.

§ 1. *Stato del tubo digerente negl' individui morti mentre avevano la colica di piombo.*

Molti autori hanno scritto che ne' malati, i quali soccombono nel corso di una colica saturnina, trovansi gl' intestini ristretti, e il loro calibro notabilmente diminuito. Desbois de Rochefort dice aver trovato in due soggetti delle intussuscepzioni intestinali. Molti medici pensano a' nostri dì, che la colica di piombo sia soltanto una varietà di gastro-enterite, e che per conseguenza la sezione de' cadaveri deve mostrare nel tubo digerente delle tracce di una infiammazione più o meno intensa: fino ad ora non so che alcuna autopsia abbia giustificato questo modo di vedere. Ma, quand' anche si citassero alcuni casi in cui si fosse trovato una flemmasia intestinale, ciò non deciderebbe la questione; poichè si sarebbe in diritto di non riguardare questa flemmasia che qual semplice complicazione della colica saturnina, se altre osservazioni venissero a dimostrare che in individui pur morti nel corso di questa colica, il tubo digerente non presenta specie alcuna di lesione valutabile. Ora questa mancanza di lesione è provata da fatti che siamo in procinto di esporre.

Fra più di 500 individui attaccati da colica saturnina, che nello spazio di otto anni sono stati curati allo spedale nel servizio di Lerminier, cinque soltanto sono morti mentre erano soggetti alla cura ordinaria della colica; inoltre di questi cinque ve ne furono almeno due che morirono di accidenti affatto estranei alla colica di piombo.

XIII. OSSERVAZIONE.

Colica. Morte subita cagionata da una rottura dell'aorta. Mancanza di lesione nel tubo digerente.

Un imbiancatore, nell'età di 30 anni, era già stato curato due volte dalla colica, quando venne per la terza volta allo spedale nel principio della state dell'anno 1820. Egli presentava tutti i sintomi della colica saturnina: vivi dolori addominali, che la pressione non aumentava nè diminuiva; pareti addominali contratte; vomiti; costipazione ostinata; stato naturale della lingua; dolore de' membri, apiressia. Da quindici giorni ei non aveva benefizio di corpo, e da cinque giorni soltanto i dolori addominali avevano cominciato a manifestarsi. Il malato aveva preso a casa sua olio di ricino che non aveva vinto la costipazione. Immediatamente dopo il suo ingresso cominciossi la cura ordinaria dello spedale; era solamente il terzo giorno di questa cura, ed erane appena mediocremente sollevato, quando tutt' ad un tratto egli accusò un dolore insolito verso la regione precordiale, e dopo pochi minuti spirò.

L'autopsia del cadavere mostrò che la causa di questa morte subitanea risiedeva in una lacerazione completa, in una vera perforazione della porzione di aorta contenuta nel pericardio, questo sacco era riempiuto da un coagulo di sangue nero.

In ragione della malattia per cui questo individuo era entrato nello spedale, noi dovemmo esaminare colla massima diligenza il suo tubo digerente; era la prima volta che avevamo l'occasione di far la sezione

del cadavere di un uomo morto nel corso di una colica di piombo.

Ciò che da prima ne colpì, fu la mancanza di qualsiasi restringimento del tubo digerente; i seni dell'intestino tenue, come pure le varie porzioni del colon, erano pel contrario piuttosto dilatate. Il peritoneo era sano. La superficie interna dello stomaco era biancastra; la sua membrana mucosa di grossezza e di consistenza ordinarie; essa era coperta da una quantità piuttosto rilevante di mucosità filanti. Il duodeno presentava i suoi follicoli sviluppati come d'ordinario; del resto era bianco e sano. Appena trovavansi nell'jeuno e nell'ileo alcuni punti in cui esisteva una lieve arborizzazione vascolare sotto-mucosa. La superficie interna del cieco, del colon e del retto era bianca, e la membrana mucosa non presentava alterazione veruna, sotto il rapporto della sua grossezza e della sua consistenza. L'intestino grasso, del resto, non conteneva che una piccola quantità di materie fecali dure.

Questo caso è certo uno di quelli in cui abbiamo trovato il tubo digerente il più possibilmente esente da infiammazione; cionnondimeno il malato soccombette alla rottura dell'aorta, quando la sua colica era ancora intensissima; la membrana mucosa intestinale non era stata nemmeno arrossita da drastici in modo permanente. E non si dica che in questo soggetto, la membrana mucosa gastro-intestinale fosse pallida, in ragione dell'emorragia occorsa negli ultimi tempi della vita: poichè questa emorragia era di pochissimo momento, non eravi una mezza libbra di sangue sparsa nel peritoneo (*).

(*) Si può, in generale stabilire, che la morte repentina, ful-

XIV. OSSERVAZIONE.

Colica. Morte, per emorragia cerebrale.
Tubo digerente sano.

Un uomo di mezza età che lavorava alla fabbricazione del bianco di cerussa (sotto-carbonato di piombo) aveva, da alcuni giorni vivi dolori addominali, e tutti i sintomi della colica saturnina, quando venne allo spedale. Questa colica fu ben comprovata dall' allievo di guardia il giorno stesso del suo ingresso. L' indimani egli fu assalito da un colpo apopletico per cui morì in capo a due giorni: i lavativi drastici, dati in questo intervallo di tempo, non determinarono evacuazione alcuna alvina.

L' incisione del cadavere mostrò l' esistenza di uno spandimento notabile di sangue, simile a gelatina di ribes, nella grossezza dell' emisfero cerebrale destro, al di fuori e al livello del corpo striato e dello strato ottico di questo lato.

Lo stomaco presentava un poco d' injezione sotto-mucosa verso il gran fondo cieco; altrove esso era bianco. In ogni sua parte la membrana mucosa aveva la grossezza e la consistenza costituenti il suo stato fisiologico. L' intestino tenue presentava in alcuni punti una lieve injezione sotto-mucosa, che risiedeva specialmente in vene di molto calibro; in ogni sua parte la membrana mucosa stessa era pallida. Era il medesimo

minante, susseguente alle rotture del cuore e de' grossi vasi ancora contenuti nel pericardio, non sia attribuibile alla copia del sangue che si spande in questo sacco membranoso.

di quella dell'intestino grasso. Il calibro del tubo digerente non era nè diminuito, nè aumentato. Nulla eravi di notabile negli altri organi.

A meno si dica che la congestione cerebrale abbia operato una rivoluzione in questo individuo e fatto sparire l'irritazione intestinale, sarà d'uopo ammettere anche in questo caso che la colica di piombo non dipendeva da una flemmasia gastro-intestinale.

XV. OSSERVAZIONE.

Colica. Sintomi nervosi gravi. Lieve rossezza del colon trasverso in una piccola parte della sua estensione.

Un uomo di circa 50 anni, lavoratore in piombo, venne allo spedale per essere liberato da violente coliche da alcuni giorni risentite. Cominciossi la cura ordinaria. Il terzo giorno essendo sollevato, ma soffrendo ancora crudelmente, fu assalito improvvisamente da sintomi nervosi gravissimi che verranno descritti più sotto, e due ore dopo l'invasione di questi sintomi morì.

Alla sezione del cadavere trovossi la membrana mucosa gastrica di un bianco grigio, non injettata, di grossezza e consistenza ordinarie. Bianchezza di tutto l'intestino tenue, eccetto in molti punti isolati, che riuniti col pensiere occuperebbono un piede in estensione: ivi osservavasi un'injezione assai forte, la quale però non era tale da togliere la trasparenza delle pareti intestinali. Bianchezza e stato sano dell'intestino grasso, eccetto nell'estensione di tre a quattro pollici verso la fine del colon trasverso, ove osservasi un poco

di rossezza. Negli altri organi delle tre cavità non trovasi lesione alcuna valutabile.

Il tubo digerente presenta qui alcune leggiere alterazioni che non esistevano ne' casi precedenti; ma non pretenderassi certo rapportarvi i sintomi osservati durante la vita; poichè pochissimi sono i cadaveri nel cui intestino non trovinsi lesioni di questo genere.

XVI. OSSERVAZIONE.

Colica. Epilessia. Morte repentina. Lieve rossezza di una piccola parte del colon trasverso; colorazione nera de' follicoli.

Un imbiancatore di case, nell' età di 38 anni, venne allo spedale per farsi curare dalla colica di piombo: l' esistenza di essa è ben comprovata. La mattina seguente al giorno del suo ingresso, viene attaccato da epilessia. Ne' giorni appresso i dolori addominali continuano, ma sono poco intensi: si fa la cura ordinaria. Dieci giorni dopo il suo ingresso, esistendo ancora la colica, questo malato muore istantaneamente.

Alla sezione del cadavere non trovossi altro nello stomaco che una colorazione in ardesia della membrana mucosa verso il piloro, per un' estensione uguale a quella di due monete di cinque franchi riuniti. Bianchezza dell' intestino tenue, salvo verso la sommità di alcune valvole, ove osservasi alcun poco di rossezza consistente in un' arborizzazione vascolare poco rilevante quando le si dispiegano. Immediatamente sopra il cieco trovasi una gran piastra di Peyer punteggiata in nero; trovansi pure nel cieco de' follicoli isolati con un punto nero al loro centro. Il restante dell'intestino grasso non presenta niente altro di notabile; esso è

bianco, salvo verso la fine del colon trasverso, ove osservasi una fascia rossastra avente un pollice in larghezza e due a tre in lunghezza. Laddove esiste questa fascia la membrana mucosa ha perduto un poco della sua consistenza.

Il colore insolito osservato in una porzione dello stomaco, la punteggiatura nera de' follicoli della fine dell'intestino tenue e del cieco, sono stati cronici che non si possono riguardare come aventi relazione alcuna co' sintomi presentati dal malato durante il suo soggiorno allo spedale. La lieve colorazione di alcune valvole del jeuno, la faccia rossa poco estesa trovata nel colon, ci sembrano lesioni troppo lievi, da una parte, e dall'altra, ritrovansi troppo spesso in ogni sorta di circostanze, perchè ci sia possibile farne dipendere i sintomi speciali qualificanti la colica di piombo.

Torneremo più sotto allo stato in cui fu trovato, in questo malato, il sistema nervoso.

XVII. OSSERVAZIONE.

Colica. Paralisi de' membri superiori. Tutto ad un tratto sintomi di asfissia e morte. Alcune rossezze sparse nell' intestino.

Un lavoratore in piombo nell'età di 50 anni, avendo avuto molte volte la colica, ne era attaccato da tre settimane quando venne allo spedale. I dolori erano poco forti, ma incessanti, e di tempo in tempo inasprivansi, in modo da fargli mandare delle grida; la costipazione era ostinata. Inoltre, questo individuo aveva una paralissia completa nel moto de' membri superiori. Co-

minciossi la cura ordinaria. — Il quarto giorno, rantolo tracheale; specie di stato di asfissia e morte.

Qui pure parleremo attualmente soltanto dello stato del tubo digerente.

Lo stomaco fu trovato disteso da una mediocre quantità di liquido. Verso il gran fondo cieco, la sua membrana mucosa presentava uno spazio largo come la palma della mano, ov' essa era rammollita. In questa medesima estensione essa era bianca, eccetto in due punti ove esistevano due piastre rossastre, una delle quali aveva il diametro di una moneta da 20 soldi, e l'altra quello di una moneta di 40. In ogni altro punto la membrana mucosa era bianca, di una grossezza e di una estensione ordinarie.

L' intestino tenue e il grasso sono dilatati anzichè ristretti. Il tenue presenta qua e là una lieve injezione sotto-mucosa (stato in relazione col genere di morte dell' individuo). La membrana mucosa del cieco presenta una piastra rossa avente la larghezza di uno scudo di tre lire tutt' al più. Il restante dell' intestino grasso è bianco: scorgonsi soltanto alcune grosse vene striscianti sotto la membrana mucosa.

Noi qui non troviamo altra lesione degna di essere notata, che il rammollimento di una porzione di membrana mucosa dello stomaco: ma la colica non provenne da siffatto rammollimento, ed essa d' altronde era assai meno violenta che ne' precedenti malati.

Quindi fra tutti gl' individui morti mentre erano attaccati dalla colica di piombo, e i cui cadaveri avemmo occasione di sparare, nessuno ci ha presentato, nel tubo digerente, lesioni per le quali ci fosse possibile spiegare i sintomi della malattia.

Ai cinque fatti ora citati potremmo aggiungerne un

sesto che trovasi in una memoria di Louis, su le morti subite e imprevedute (*). Il malato la cui storia viene da questo dotto osservatore esposta, morì subitamente l'ottavo giorno di una colica saturnina. Il tubo digerente fu trovato in uno stato di perfetta integrità.

A questi sei fatti ne aggiugneremo altri due pur raccolti allo spedale e pubblicati da Martin nella sua tesi pel dottorato.

XVIII. OSSERVAZIONE.

Colica saturnina curata col metodo dello spedale della Carità; convalescenza, nuova apparizione de' sintomi. Morte. Mancanza di lesione nel tubo intestinale.

Carlo Mercier, in età di 32 anni, bruno, avente buona costituzione, occupato da un mese nella fabbrica di Clichy a mettere del minio in botti, fu preso, il primo di maggio 1829, da malessere, da costipazione, da lassezza nelle membra. Questo stato durò due o tre giorni, poi subentrarono coliche violentissime, vomiti di materie biliose e dolori nelle membra inferiori. Entrato li 6 dello stesso mese allo spedale venne posto nelle sale di Lerminier. Ecco i sintomi che presentava: ventre di volume ordinario, insensibile alla pressione, eccetto verso la regione epigastrica; coliche intensissime, costipazione; membri, soprattutto gl'inferiori, difficili a muoversi e dolorosi; vista un poco torbida, stordimenti, disfagia, sentimento di constrizione al faringe; lingua bianca, bocca amara, nausee; polso pic-

(*) *Recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies*, par Ch. Louis, pag. 483.

no e senza frequenza; color della pelle giallo. (Primo giorno della cura di ospitale).

Li 7, le coliche erano sparite dopo due evacuazioni alvine occorse il giorno prima; bocca sempre amarissima, stordimenti, stato simile all' ebbrezza, diplopia; polso pieno e senza frequenza, pizzicore alle braccia e alle gambe, dolori nelle articolazioni de' membri superiori e inferiori, e specialmente nella parte media della tibia. (Secondo giorno della cura dello spedale).

Li 8, veglia, dolore all' epigastrio. Il malato ci fa sapere che il giorno prima ha avuto vomiti copiosi e molte evacuazioni dopo aver preso l'emetico, egli non ha più nausee, e, giusta la sua espressione, il suo stomaco non ha imbarazzo (Cura del terzo giorno).

Li 9, la medicina purgativa de' pittori venne amministrata e seguita da sette od otto evacuazioni alvine.

Li 10, miglioramento; solo un poco di pungimento si fa sentire nelle gambe (*Tisana sudorifica*).

11. Convalescenza; non avvi più che debolezza alle gambe (*Bagni solforosi*, *gaiaco*, *mezza pozione*, *una tazza di vino*).

12. Senza alcuna causa nota, e senza che il malato fosse uscito dal letto, rinnovansi coliche atroci e vomiti di materia verde.

13. Le coliche vanno aumentando, e fanno mandare all' ammalato grida spaventose; il volto annunzia la sofferenza e l'abbattimento di animo; agitazione continua; sentimento di una massa pesante nella regione epigastrica, sensibile alla pressione; il decubito sul ventre non calma i dolori; escrezione delle orine difficile, evacuazioni alvine facili; polso senza frequenza (Ricominciasi la cura della Carità pel primo giorno). —

Alla sera, convulsioni epilettiformi sopraggiungono, e manifestansi più volte durante la notte.

14. Coliche sempre intensissime, stupore; risposte difficili, delirio seguito da convulsioni; l'agitazione del malato è tale al momento degli attacchi che si è costretto a indossargli la camiciuola di forza. (Cura del terzo giorno; e, se i dolori non cessano si propone di amministrare la medicina purgativa de' pittori).

15. Perdita totale della mente; decubito supinamente, testa fortemente portata in dietro; immobilità, interrotta soltanto da moti convulsivi ne' muscoli del tronco e delle membra. Al tempo degli attacchi, gli occhi dirigonsi in alto; lo stridore dei denti alterna col batter delle mascelle. Si aspetta il rantolo degli agonizzanti; il polso è piccolo e frequente; la lingua, le labbra e i denti non sono coperti da patina alcuna; gli occhi sono foschi e polverulenti (*Due vescicanti alle gambe*, *dodici mignatte a ciascuna jugulare*, *due lavativi di senape e di valeriana*).

Lo stesso giorno alle ore sei l'ammalato spira.

Necropsia fatta trentott' ore circa dopo la morte.

Esterno. Macchie color viola su la pelle del dorso.

Sistema nervoso. Fu trovata alla parte inferiore del canal rachidiano sierosità in gran copia; i vasi venosi della faccia anteriore del midollo presentavano una legger'injezione, diminuzione di consistenza della porzione dorsale del midollo, senza cangiamento di colore; membrane del cervello perfettamente sane; legger rammollimento de' nervi ottici, eminenze mammillari e prolungamenti anteriori del midollo allungato; sostanza cere-

brale leggermente punteggiata in rosso, di consistenza ordinaria.

Petto. Ingorgamento della parte inferiore e anteriore del polmone destro; enfisema interlobulare de' due polmoni. Il pericardio conteneva una legger quantità di sierosità sanguinolenta; dilatazione del ventricolo sinistro del cuore.

Vie digerenti. Gl'intestini grassi erano un poco distesi da gaz; non vi si trovarono di quelli ammassi di materie fecali indurite onde parlano gli autori, ma sì delle materie *molli*, di un grigio giallastro; la membrana mucosa non presentava traccia alcuna d'infiammazione; quella dell'intestino tenue aveva un color *bianco verdastro*, era affatto sana e coperta in tutta la sua estensione da uno strato di bile gialla. Trovossi un ascaride lombricoide nel jeuno e un altro nell'ileo. Membrana mucosa dello stomaco sana, coperta da uno strato di bile giallastra; il duodeno presentava un piccol *punto nero*. Tutti gli altri organi erano nello stato ordinario; solo la vescichetta del fegato era piena di una bile nera. — Devo osservare che molte persone presenti a questa autopsia riguardarono quali effetti della putrefazione le lesioni osservate nel sistema nervoso.

XIX. OSSERVAZIONE.

Colica saturnina seguita da coma, da paralisi delle membra. Morte cinque giorni dopo l'invasione. Mucosa intestinale senza colore, sana.

Giovanni Chabon in età di diciott'anni, imbiancatore di case, fu assalito improvvisamente, li 2 aprile 1829, dagli accidenti della colica di piombo. Il medico chia-

mato per soccorrerlo, lo curò con sudoriferi leggeri e raddolcitivi. Questi rimedj non ebbero alcun buon successo; il malato vomitò una quantità assai grande di materie verdastri, biliose, e cadde in uno stato comatoso. Allora venne trasportato, li 5 dello stesso mese, nelle sale di Lerminier, ed ecco qual era il suo stato: egli presentava l' aspetto di un uomo mezzo addormentato; le sue pupille erano un poco contratte; cionnondimeno ei volgeva l'occhio dal lato dell' oggetto che gli veniva presentato; la sensibilità non era distrutta, poichè, quando lo si toccava mandava una specie di grido sordo, e ritirava con molta vivezza la parte che si pizzicava; i suoi membri erano in uno stato completo di paralisi; il suo ventre non era doloroso alla pressione; il suo polso era lento e un po'rigido (Vennero prescritte *ventiquattro mignatte dietro le orecchie*, *un lavativo di seme di lino con aggiunta di solfato di soda*, *una tisana di orzo con due dramme di ossimele e de'senapismi alle gambe*). — Li 6, lo stato comatoso sussisteva ancora, le pupille erano dilatatissime; eravi un poco più di sentimento; quando lo si pizzicava, faceva sempre sentire un grugnito sordo; la pelle era calda ed un poco umida; il polso tranquillo, la lingua netta e umida; premendo l'epigastrio, il malato mandava un gemito profondo (*Salasso copiosissimo*, *lavativo con oncie ij di olio di ricino*, *orzo ossimelato per bevanda*). — Il sangue ottenuto dal salasso si coprì con cotenna; i sudori divennero più copiosi nel resto della giornata; alla sera il malato mandava frequenti gemiti; aveva la faccia rossa e la testa portata in dietro, però senza rigidezza. — Li 7, alla visita della mattina, il suo corpo era coperto di sudore; udivasi il rantolo tracheale; il polso pieno, la vescica distesa dall'orina; a momenti eravi dello stra-

bismo; il rovesciamento della testa in dietro, fatto maggiore (*Pozione aromatica ordinaria, con aggiunta di cinque grani di kermes minerale; ventiquattro mignatte al collo, due vescicanti alle cosce*).

Nel restante della giornata, lo stato del malato aggravò sempre più; alla sera, ore sette, spirò.

Necropsia fatta trentasei ore circa dopo la morte.

Il cervello parve un poco più sodo che nello stato ordinario, l'interno della sua sostanza presentava una punteggiatura rossa. Il midollo spinale era sodo e sano. Il liquido cefalo-rachidiano copiosissimo alla parte inferiore del canal vertebrale.

Polmoni. La loro superficie era intonacata da un liquido viscoso e glutinoso poco abbondante. Il polmone sinistro epatizzato in tutta la sua parte posteriore; il lobo inferiore de'due polmoni estremamente ingorgato, e la loro faccia anteriore sede di un enfisema interlobulare; il cuore enorme, tutte le sue cavità dilatate: le pareti del ventricolo sinistro in istato d'ipertrofia.

Addomine. Furono vedute alcune leggeri macchie rosse in un punto dello stomaco vicino al cardias. Tutto il restante del tubo intestinale era perfettamente sano; non vedevansi che verso la fine dell'intestino tenue alcuni follicoli isolati in un leggero stato d'ipertrofia. La membrana mucosa intestinale era bianca. Materie fecali assai poco consistenti trovaronsi alla fine dell'intestino grasso; finalmente, si vide una quantità assai grande di gaz nelle tuniche dell'intestino e dello stomaco.

In questo caso non trovaronsi nel polmone vere lesioni gravi.

XX. OSSERVAZIONE.

Colica saturnina curata col metodo d' ospitale modificato. Dopo un mese apparizione di sintomi nervosi. Morte. Nulla trovasi negli intestini.

Li 28 novembre 1824, de Poin in età di quarantasei anni impiegato alla manifattura di Clichy, venne allo spedale, ed entrò nelle sale del professore Fouquier. I principali sintomi che questo malato presentava erano i seguenti; dolore al ventre, e più particolarmente al tragitto del colon; costipazione, testa addolorata; il ventre non era depresso. De Poin fu curato col metodo della Carità modificato da Fouquier, senza risentirne un sollievo manifesto; le coliche persistettero assai lungo tempo, dolevasene quasi tutti i giorni.

Tale era lo stato del malato quando nella giornata dei 2 gennaio 1825, risentì un poco d'intorpidimento e di formicolio nelle membra. — Li 5 verso le due della sera, mandò alte grida e fu preso da convulsioni, alle quali succedette la perdita della parola e del moto. L'indimani, alla visita, egli aveva la faccia pallida, lo sguardo stupido; la testa era inchinata a destra, le facoltà intellettuali spente, il moto da principio annientato, erasi alquanto ristabilito; il malato portava di tempo in tempo la mano alla bocca e muoveva assai bene le gambe (*Cavata di sangue generale, cataplasmi senapizzati alle gambe, bevanda lassativa* ecc.). I senapismi non produssero alcun effetto. — 7. Gli occhi erano intieramente vôlti a destra, il malato comprendeva un poco meglio le domande che gli venivan fatte; il polso era piccolo; eranvi moti convulsivi e gorgoglia-

mento notabile alla parte posteriore della bocca ed al petto (*Vescicanti alle gambe*). La notte seguente mandò fuori poche grida sorde e inarticolate e spirò.

Necropsia.

L'aspetto del volto esprimeva che la morte era stata penosa; i lineamenti erano stirati e portati a destra. Aperto l' addomine, trovossi lo stomaco sano; gl' intestini non presentavano nulla di osservabile; erano solo di distanza in distanza ristretti e leggermente strangolati, ma senza traccia d' infiammazione. La superficie esterna del cervello era injettata, la sua sostanza alquanto più densa che nello stato normale; i ventricoli non contenevano sierosità; il midollo spinale era sano.

§ 2. *Sintomi della colica di piombo.*

Noi qui non insisteremo sui sintomi ordinarj di questa colica, trovandosene ovunque la descrizione. Noteremo soltanto le seguenti particolarità: non è esatto dire che il dolore addominale risentito dagl' individui che hanno la colica di piombo sia costantemente dalla pressione diminuito; in un gran numero di casi questa non lo aumenta nè lo allevia: frequenti volte ben anche *ne accresce l' intensità*. Cionnondimeno in questi varj casi gli altri sintomi della malattia restano simili; la medesima cura riesce. Neppure l'addomine è costantemente contratto, e le pareti addominali non sembrano sempre depresse e come affondate verso l'ombellico. È forse pur comune trovar l'addomine conservante la sua forma, le sue dimensioni ordinarie, od anche più grosso, più sviluppato dell' ordinario, il che

sembra dipendere dalla distensione dell' intestino cagionata da materie o da gaz. Il fenomeno più invariabile è la costipazione; esso precede i dolori, e questi diminuiscono quando le evacuazioni alvine cominciano a ristabilirsi.

Ma il tubo digerente non è il solo organo attaccato negl' individui che hanno sorbito, in vario modo, molecole saturnine. Il sistema nervoso ne prova sovente un' influenza sensibilissima. Quindi provengono, secondo le idiosincrasie, o secondo le porzioni di questo sistema specialmente affette, o finalmente, giusta il grado della loro affezione, vari accidenti, che il più delle volte investono gli organi della via di relazione, ma alcuna volta ben anche quelli della via nutritiva.

Il più comune di questi disordini nervosi consiste in dolori che gli ammalati risentono nelle membra, e specialmente nelle braccia; questi dolori precedono sovente la colica; alcuna volta essi costituiscono il solo accidente, e le funzioni del tubo digerente non si turbano punto; dal che è forza conchiudere, contro l' opinione di alcuni autori, non essere puramente simpatiche dell' affezione intestinale. Questi dolori vengono sovente accompagnati da una debolezza insolita dell' azione muscolare della parte ove si fanno sentire, ed a poco a poco questa debolezza trasformasi in una vera paralisia. Quindi, noi troviamo riunite in questo caso l'esaltazione della sensibilità normale e la diminuzione della motilità. Ciò che allora avviene nelle membra sembra avere grande analogia di natura con ciò che succede nell' intestino, ove, nel tempo stesso che avvi produzione di dolori, sembra siavi pure diminuzione della forza di contrattilità normale della tunica muscolare, come della suscettività della membrana mucosa

che sopporta impunemente il contatto dei più violenti drastici.

La paralisia più ordinaria negl'individui che trattano il piombo è quella de' muscoli estensori della mano; quindi risulta, in conseguenza della rottura dell'equilibrio dell'azion muscolare, un predominio abituale di contrazione de' muscoli flessori della mano, e per conseguenza la flessione permanente della giuntura della mano che resta inclinata per modo da formare presso a poco un angolo retto, colle ossa dell'anti-braccio. Accade pure che le dita si pieghino ben anche sulla giuntura stessa; poi finalmente veggonsi le varie falangi inclinarsi le une su le altre.

Questa paralisia sopraggiunge il più delle volte nei soli individui che da lungo tempo lavorano alle preparazioni di piombo, e che già molte volte hanno avuta la colica. Cionnondimeno noi l'abbiamo veduta sopraggiungere in casi ne' quali era pochissimo tempo che i malati venivano sottoposti all'influenza del piombo, ed in cui non ancora aveva esistito la colica. Sonovi de' casi in cui essa dissipasi assai prontamente; altre fiate sparisce sol dopo un lunghissimo tempo; in altri casi, finalmente, essa è incurabile.

La paralisia cagionata dalle preparazioni di piombo non è sempre limitata alle giunture della mano. Noi la abbiamo veduta impadronirsi della totalità delle membra toraciche colpite da perfetta immobilità. Due volte abbiamo avuto occasione di sparare il cadavere d'individui i quali erano stati attaccati da questa specie di paralisia. Uno di questi malati aveva in pari tempo la colica quando venne allo spedale (questo è un caso onde già abbiamo parlato all'occasione del tubo digerente). L'altro aveva avuto anticamente la colica, ma

non ne presentava traccia veruna quando venne assoggettato alla nostra osservazione. Nel primo la paralisia contava da alcune settimane soltanto, nel secondo, da più mesi. In ambidue le membra toraciche non potevano eseguire alcun movimento, sollevate ricadevano quai masse inerti; cionnondimeno assai vivi dolori facevansi di tempo in tempo sentire, e la sensibilità della pelle vi era conservata. In ambidue l'intelligenza era netta, la parola libera. Ambidue finalmente morirono allo stesso modo: la loro respirazione divenne tutto ad un tratto difficile, stabilissi il rantolo tracheale, e morirono in uno stato di asfissia, presso a poco come gli animali in cui venne praticata la sezione dei due pneumogastrici, quando sopravvivono alcuni giorni all'operazione e soccombono all' ingorgamento del polmone.

Dal complesso de' sintomi osservati durante la vita, dovevasi aspettare di trovare qualche alterazione organica nel prolungamento rachidiano anzi che nel cervello. La massa encefalica, accuratamente esaminata nelle sue varie parti, non ci presentò nulla di notabile. Il canale rachidiano conteneva una piccola quantità di sierosità limpida, quale trovasi nel maggior numero dei cadaveri. Gl'inviluppi del midollo spinale erano pallidi, il midollo stesso, esaminato dal suo punto di congiunzione colla protuberanza annulare fino al gonfiamento che la termina inferiormente, non presentò alterazione veruna sensibile nel suo colore, nella sua consistenza, nel complesso delle sue proprietà fisiche. Il plesso nervoso del collo, al pari de' cordoni che se ne staccano, i nervi pneumo-gastrici, esaminati dalla loro origine fino alla loro terminazione allo stomaco, furono pur trovati esenti da lesione. I polmoni erano semplicemente ingorgati. Gli altri organi del torace e dell'ad-

domine furono trovati sani, ad eccezione dello stomaco di uno dei due malati, che era rammollito in una piccola parte della sua estensione, come abbiamo detto più sopra.

Non v'ha dubbio che in questi due individui un punto dell'asse cerebro-spinale fosse molto alterato; ma questa alterazione fu dimostrata soltanto da' sintomi, e non già dall' anatomia.

In altri individui, ma assai più rare volte, abbiamo comprovato l'esistenza di una paraplegia completa od incompleta, con esaltazione della sensibilità, dolori vivi nelle membra paralizzate. In molti i membri superiori non erano niente affetti; in altri eravi ad un tempo debolezza più o meno grande delle membra toraciche.

A vece di paralisia abbiamo alcuna volta trovato, negl' individui assoggettati all' influenza delle preparazioni saturnine, de' moti convulsivi, degli accessi epilettiformi. Eccone un esempio, con sezione del cadavere.

XXI. OSSERVAZIONE.

Colica saturnina. Sintomi di epilessia. Morte subita. Nessuna lesione valutabile sul cadavere.

Un imbiancatore di case, in età di 38 anni, aveva la colica quando venne allo spedale. Il giorno dopo il suo ingresso, ebbe un attacco di epilessia che continuò lungo tempo, e fu seguito da uno stato apopletiforme, il quale durò trenta a quaranta ore. Durante questo stato il malato sembrava agonizzante. Cionnondimeno i sintomi gravi dileguarono, il malato ricuperò la sua

intelligenza e la libertà de' suoi movimenti; ma le facoltà intellettuali restarono un poco ottuse. La faccia era pallida e abbattuta; i dolori colici persistevano poco intensi. Passarono così alcuni giorni. Una sera, nel momento in cui il malato tornava a letto, dopo averlo abbandonato per una o due ore, i lineamenti del volto alteraronsi improvvisamente, e morì contro ogni aspettazione.

La sezione del cadavere fu fatta 14 ore dopo la morte. Le meningi erano pallide; l' encefalo non presentava traccia alcuna di congestione sanguigna: i suoi tagli appena presentavano alcuni punti rossi. Piccolissima quantità di sierosità ne' ventricoli. Nulla di notabile nel restante delle parti nervose contenute nel cranio, sia centri, sia cordoni nervosi, come pure nel midollo spinale e nei nervi che da esso diramansi; niente pure di osservabile ne' gangli toracichi del gran simpatico, nei nervi che se ne staccano, ne' gangli semi-lunari, e ne' varj plessi addominali. Stato sano del parenchima polmonare, come pure del cuore e de' suoi vasi. Nulla di osservabile nell' addomine oltre le lievissime lesioni del tubo digerente precedentemente indicate.

Finalmente sonovi altri individui attaccati dalla colica saturnina da noi veduti soccombere improvvisamente, quantunque, a differenza dell' ammalato di cui ora si è parlato, non avessero presentato antecedentemente sintomo alcuno nervoso notabile, e ne' quali l' autopsia cadaverica non dimostrò neppure, nel sistema nervoso, l' esistenza di alcuna lesione valutabile: tale si è il caso seguente. (L' individuo che ne è soggetto, è già stato citato all' occasione del tubo digerente nella colica di piombo).

XXII. OSSERVAZIONE.

Colica saturnina. Tutto ad un tratto perdita delle facoltà intellettuali e morte. Nessuna lesione valutabile sul cadavere.

Un lavoratore in piombo, età 50 anni, aveva la colica quando venne allo spedale. Tre giorni dopo il suo ingresso uscì improvvisamente di mente. Il chirurgo di guardia, chiamato, lo trovò nello stato seguente: decubito sul dorso, occhi fissi, faccia pallida, lineamenti immobili, bocca semi-aperta; annientamento perfetto delle facoltà intellettuali; paralisi de' quattro membri che sollevati, ricadono come masse inerti: la pelle pizzicata, torta, non dà segno di sensibilità; il polso continua a battere, debole e senza frequenza, la respirazione è lenta. Morte un' ora dopo l' invasione di questi accidenti.

Quest'individuo soccombeva evidentemente per guasto al cervello; cionnondimeno il sistema cerebro-spinale e i suoi inviluppi non presentarono alcuna notabile alterazione: tutti gli altri organi furono trovati ugualmente in uno stato sano.

Louis (*) non trovò neppur cosa che potesse spiegare la morte, sia nel cervello e nelle sue dipendenze, sia in altri organi, in un malato attaccato da colica di piombo, di cui abbiamo già parlato, e che morì ancor più repentinamente dell'ultimo individuo onde abbiamo esposta la storia. Questo malato aveva appena bevuto un brodo da lui chiesto. Quattro o cinque minuti

(*) Loco cit. Avvicinasi a questi fatti ciò che noi abbiamo estratto più sopra dalla tesi del sig. Martini.

dopo, dice Louis, l'infermiere che gli aveva recato il brodo, sentendo un po' di strepito, si avvicina al malato: lo trova per terra, lo rialza, lo ripone nel suo letto, gli fa respirare un poco di aceto per dissipare la sua *debolezza* e quasi ad un tempo stesso muore.

Fra gli operaj il cui mestiere obbligavali ad aver per le mani le preparazioni di piombo e che furono ricevuti allo spedale nelle sale di Lerminier, pochi ci hanno presentato sintomi diversi dai precedenti: questi sintomi erano: palpitazioni, un'atroce cefalalgia, una dispnea che ritornava per accessi; una piccola tosse laboriosa, simile alla tosse detta nervosa, speciale alle donne isteriche; una sensazione alla regione precordiale, la quale, coincidendo coll'intorpidimento delle braccia, ricordava alcuni de' caratteri assegnati all'angina di petto. Nuove osservazioni sono forse ancora necessarie per poter affermare che questi varj accidenti siano veramente il risultamento dell'influenza del piombo. In più di un caso non vi fu forse semplice coincidenza? Ciò che qui noi vogliamo far osservare si è, che, da una parte, questi fenomeni morbosi esistevano in individui che maneggiavano le preparazioni di piombo, e che, dall'altra, noi li abbiamo veduti cedere allo stesso modo di cura della colica.

§ 3. *Cura degli accidenti causati dalle preparazioni di piombo.*

Molti medici commendabili curano, a' nostri dì, la colica, come già la curava de Haën, con un metodo puramente antiflogistico. È indubitabile che molti malati curati a quel modo guariscono perfettamente; ma noi crediamo dover far osservare, su questo soggetto, che ogni qualvolta la colica sia moderata, gli ammalati

se ne liberano spontaneamente dopo un tempo più o meno lungo, purchè cessino di maneggiare il piombo. Del resto, noi qui non pretendiamo giudicare i risultamenti di siffatta pratica, esponiamo soltanto ciò che abbiamo veduto; poichè noi non facciamo già un trattato di patologia: bensì raccogliamo materiali. Ora fra 500 osservazioni circa, raccolte nelle sale di Lerminier, su le malattie prodotte dalle preparazioni saturnine, non esitiamo a dedurre le quattro conclusioni seguenti, relative alla cura di queste malattie:

1.° Le coliche saturnine curate colle emissioni sanguigne e colle bevande emollienti, hanno in generale una durata assai più lunga delle coliche curate col metodo della Carità.

2.° Molte coliche che hanno resistito alla cura antiflogistica, cedono prontamente a quella della Carità.

3.° Noi non abbiamo mai veduto quest' ultima cura contro la colica mancar di effetto; alcune volte soltanto fa mestieri ricominciare fin due o tre volte di seguito acciò la guarigione sia perfetta. In altri malati tutti i sintomi cessano quando siano state sollecitate per disopra e per disotto alcune evacuazioni.

4.° Diretta con prudenza, e amministrata opportunamente, la cura della Carità non ci parve mai determinare accidente veruno. È certo assai notabile che drastici così energici possano porsi così in contatto colla membrana mucosa intestinale, senza infiammarla, senza accendere la febbre, senza modificare lo stato della lingua, e senza produrre turbamento alcuno; non bisogna però dimenticare che il tubo digerente trovasi allora in condizioni affatto speciali. Non veggiamo noi pure in certe malattie nervose certi agenti terapeutici non aver più il loro modo di azione usuale?

Così nel tetano enormi dosi di oppio possono essere impunemente amministrate; così nell' apoplesia accade sovente che il tartaro stibiato non faccia più vomitare, e che lavativi fortemente drastici non producano veruna evacuazione alvina.

Vengono assai frequentemente allo spedale degli operaj, i quali attaccati da qualche tempo da colica saturnina hanno avuto, in casa loro, mignatte in gran copia su l' addomine, hanno preso de' bagni, sono stati assoggettati ad una dieta di latte. Fra questi individui alcuni sono alleviati, ma non compiutamente guariti: la costipazione persiste, dolori addominali più o meno vivi continuano a farsi sentire, ecc. Entrati nello spedale in questo stato, non tardano guari ad essere compiutamente guariti sotto l'influenza della cura drastica. Abbiamo molti altri malati che non avevano avuto neppure alcun sollievo dall' uso degli antiflogistici, e che la cura della Carità ha ugualmente guariti con prontezza e a perfezione.

Nessun dubbio d' altronde saprebbesi muovere in questi casi su l' efficacia reale del metodo terapeutico; gli effetti ne sono troppo palpabili. Si osservino, s' interroghino questi malati, appena hanno cominciato ad evacuare abbondantemente per disopra e per disotto, i dolori intollerabili che risentivano cessano quasi per incanto. La loro faccia, profondamente alterata, riprende tutto ad un tratto un aspetto naturale; si congratulano essi medesimi del loro pronto ristabilimento, e quelli che, non avendo per la prima volta la colica, ne sono già stati liberati colla cura della Carità, la sollecitano con istanza, e non dubitano del suo buon successo.

Quando avvi febbre, e la pressione dell' addomine

accresce notabilmente il dolore, è egli pur d'uopo amministrare la cura ordinaria? Ecco su questo soggetto ciò che noi abbiamo osservato: in molti individui la cura cominciata malgrado questi sintomi insoliti dovett' essere discontinuata, perchè sotto la sua influenza lo stato degli ammalati peggiorava; altre volte però questa cura, praticata in simile occorrenza, non mancò di produrre il suo buon effetto. A misura che le evacuazioni si stabiliscono, il polso ritorna al suo ritmo fisiologico, la pelle perde il suo calore, i dolori dileguano. In questo secondo caso avvi forse solo un' apparenza d' infiammazione, mentre essa esiste effettivamente nel primo?

I varj sintomi nervosi che accompagnano o seguono la colica di piombo, e possono pur esistere senz' essa, cedono forse allo stesso modo di cura, come la colica? La certezza del successo di questa cura è qui molto minore. Noi pensiamo nondimeno che in tal caso debbasi prima tentarla. Abbiamo veduto infatti, mentre essa era amministrata, dissiparsi compiutamente sia i dolori della membra, sia la loro paralisia, sia molti altri accidenti nervosi più sopra notati.

Anche ultimamente abbiamo raccolto la storia di un imbiancatore di case, il quale, non avendo mai avuto la colica, risentiva da forse cinque mesi alle membra ed alla testa forti dolori, che furono da principio riguardati come reumatici, e inutilmente curati colle emissioni sanguigne, e co' bagni a vapore semplici e solforosi. Venuto allo spedale li 23 settembre 1826 venne assoggettato alla cura ordinaria della colica saturnina, e ne fu guarito. Circa alla paralisia è mestieri che essa sia ancora recente ed imperfetta, perchè possa dissiparsi sotto l'influenza della cura ordinaria della co-

lica. Se il caso è diverso, essa resiste, e allora è d'uopo valersi de' medicamenti il cui generale effetto si è di eccitare la contrattilità muscolare. A tale intento abbiamo veduto praticare, con successi variabili, de' vescicanti su varj punti delle braccia, e in vicinanza al plesso brachiale, delle frizioni e docciature stimolanti, le differenti preparazioni di noce vomica, sia il suo estratto, sia la stricnina, o, invece di quest' ultima, un altro alcali vegetabile, la brucina, la quale, avendo un modo di azione analogo, può essere più agevolmente trattata in ragione della sua energia molto minore (*). I fatti seguenti daranno un' idea del modo di azione di questi due alcali, e della loro influenza su la paralisia prodotta dalle preparazioni saturnine; vi uniremo, come oggetto di confronto, alcuni altri casi in cui questi stessi alcali sono stati adoperati contro altre specie di paralisie.

A. USO DELLA STRICNINA.

La stricnina che venne amministrata agli ammalati di cui ora siamo per parlare, era la più pura possibile, era affatto priva di brucina, cioè restava mescolata nelle preparazioni che Pelletier ne aveva fatte. Venne data sotto forma di pillole, alcune delle quali contenevano solo $\frac{1}{12}$ dell' alcali, e le altre $\frac{1}{6}$.

1.° Un imbiancatore di case che aveva avuto molte volte la colica, venne allo spedale; egli aveva ora per-

(*) Ho dimostrato altrove (Giornale di Fisiologia sperimentale, t. 3, e Annali del circolo medico, t. 3) esser d'uopo sei grani di brucina pura per produrre gli effetti di un grano di stricnina impura e di un quarto di stricnina pura.

duto ogni facoltà di muovere le due mani che restavano abitualmente piegate su la faccia anteriore dell'anti-braccio. Questa paralisia era occorsa da circa un mese; invano fu combattuta con frizioni stimolanti fatte su i due anti-bracci. Questo individuo prese due pillole di $\frac{1}{12}$ di grano, una alla mattina, e un'altra alla sera. Egli risentì, giusta la sua espressione, una specie di fremito doloroso ne' muscoli estensori delle mani. Ne' tre giorni seguenti, medesima dose, medesimi effetti. Il 5.°, il 6.° e il 7.° giorno, quattro pillole, due alla mattina e due alla sera: lievi scosse alle membra, contrazione spasmodica degli estensori delle dita, durante la quale le dita restarono fortemente arrovesciate sul dorso della mano; la paralisia sembrava diminuire. Allora vennero date al malato delle pillole di $\frac{1}{6}$ di grano; prima una, poi quattro in capo ad otto giorni. Risentì in questo lasso di tempo violente scosse. Abbandonò in breve lo spedale, non conservando più che un poco di debolezza alle mani.

In questo individuo, la dose di stricnina non avrebbe potuto essere accresciuta senza pericolo oltre i due terzi di grano per giorno.

2.° Un macinatore di colori era attaccato dalla stessa malattia del precedente e da un tempo presso a poco uguale. Una sola pillola di $\frac{1}{12}$ di grano determinò un lieve trismo e un principio di rigidezza tetanica de' muscoli della nuca, dell'addomine e delle membra. L'indimani, prese un'altra pillola, e, come se fosse abituato, risentì soltanto poche contrazioni spasmodiche alle membra. Dopo sei giorni vennero date due pillole, una alla mattina ed una alla sera: violente contrazioni alle due braccia. La stricnina fu continuata in

questa dose per quindici giorni circa; dopo questo tempo la paralisia era dissipata.

3.° Un alemanno, di forte costituzione, e attaccato già da lungo tempo da paralisia agli estensori delle due mani, conseguenza dell' influenza delle preparazioni saturnine, prese una pillola di 1/12 di grano senza risentirne effetto alcuno: gli vennero date fino a tre pillole pure impunemente. Alla dose di 1/3 di grano egli cominciò a risentire alcune scosse; si riuscì assai rapidamente a dargli un poco più di un grano di stricnina. A questa dose soltanto ebbe sì forti contrazioni da essere costretti ridurla ad un grano. Quest' uomo però non ne provò sollievo alcuno.

Paragonando questa osservazione colla precedente, si può vedere quanto l' azione della stricnina possa variare in ragione della suscettività de' soggetti.

4.° Un uomo che aveva abitualmente per le mani il bianco di cerussa (sotto-carbonato di piombo) fu attaccato dallo stesso genere di paralisia come i precedenti. Una pillola di 1/12 di grano gli cagionò un trismo assai violento. L'indimani venne amministrata un' altra pillola, e, questa volta, al pari dell' ammalato dell' osservazione 2.ª, non ne risentì effetto alcuno. Due pillole produssero assai forti scosse nelle membra. In un assai breve spazio di tempo la dose di stricnina fu portata a due terzi di grano; ma non si potè oltrepassarla, per essersi allora manifestati i sintomi di tetano. Quando il malato lasciò lo spedale era meno parilizzato.

5.° In un fabbricatore di vasi di terra, paralizzato come i precedenti, la dose di stricnina fu portata in dodici giorni fino ad un grano: egli ebbe solo alcune contrazioni assai deboli. Si oltrepassò questa dose; allora occorse uno stringimento di mascelle, e il rovesciamento

della testa per indietro; spaventato da questo accidente il malato non volle più prendere pillole. Uscì senz'essere alleviato.

6.° Un uomo venne allo spedale attaccato da una paralisia incompleta, che invano era stata combattuta co' vescicanti, colla moxa e co' cauterj applicati alla regione lombare. Non eravi tuttavia deviamento alcuno della colonna. Una pillola di $^1/_{12}$ di grano non produsse verun effetto; due pillole causarono lievi scosse alle membra inferiori; vennero portate alla dose di quattro al giorno (un terzo di grano). A questa dose però il malato risentì assai vivi dolori alla regione lombare; in pari tempo rigidezza ai membri inferiori soltanto; aumento notabile di paraplegia; cessazione della stricnina.

In questo individuo la paraplegia era verisimilmente il risultamento di una lesione al midollo, che la stricnina parve aggravare.

7.° Un vecchio era attaccato da lungo tempo da una paraplegia completa, egli prese tre pillole di $^1/_{12}$ di grano senza risentirne effetto alcuno. Quattro pillole (un terzo di grano) produssero lievi contrazioni ne' quattro membri. Si desistette dal somministrarne.

8.° Un uomo era restato emiplegico in conseguenza di un antico attacco di apoplesia, una pillola di $^1/_{12}$ di grano bastò a determinare una forte rigidezza tetanica alle membra paralizzate. Ne' giorni successivi, quantunque la stricnina non fosse continuata, quest'uomo risentì violenti dolori di capo dal lato opposto all'emiplegia; la sua intelligenza intorpidì, l'emiplegia aumentò, in una parola, egli presentò molti sintomi qualificanti il rammollimento del cervello. Forse che la

stricnina abbia determinato in questo caso un principio d'infiammazione intorno all'antico foco apopletico?

B. USO DELLA BRUCINA.

Le pillole di brucina che vennero amministrate agli ammalati di cui ora parleremo contenevano ciascuna un mezzo grano di quest' alcali. Dalle esperienze fatte su gli animali si è potuto assicurarsi di non produrre con questa dose alcun accidente pernicioso.

1.° Un macinatore di colori aveva una paralisia alle mani da circa due mesi; egli prese una pillola senza risentirne alcun effetto; due produssero leggerissime scosse alle braccia, quattro cagionarono forti contrazioni. Egli uscì guarito.

2.° Un altro macinatore di colori ugualmente paralitico, prese perfino quattro grani di brucina senza effetto sensibile, alla dose di quattro grani e mezzo risentì una specie di formicolio incomodo alle braccia: alla dose di cinque grani, assai forti scosse senza grave accidente. La paralisia fu notabilmente diminuita.

3.° Un imbiancatore di case paralizzato alle mani cominciò a risentire alcune scosse solo alla dose di due grani. Tre grani cagionarono un trismo assai forte. Il malato n' ebbe alcun miglioramento.

4.° Un uomo che maneggiava piombo, ed era paralizzato come i precedenti, risentì una rigidezza tetanica ai quattro membri dopo aver preso tre grani e mezzo di brucina. Non ne ebbe sollievo veruno.

5.° Un paraplegico dopo aver preso due soli grani di brucina risentì un vivo dolore alla pianta de' piedi; i suoi membri inferiori furono la sede di violenti contrazioni. Il suo stato non migliorò.

Da queste osservazioni io penso poter trarre i seguenti corollarj.

1.° La stricnina pura opera su l'uomo come l'estratto di noce vomica, ma con una intensità molto più grande.

2.° L'azione della stricnina è talmente energica, che fa d'uopo servirsene con somma precauzione. I suoi effetti d'altronde variano in singolar modo giusta la suscettività degl' individui. Quindi in un individuo $^1/_{12}$ di grano basta per determinare gravi accidenti; in un altro la dose di stricnina può essere portata quasi impunemente fino a poco più di un grano (osservaz. 3).

3.° La brucina opera così su l'uomo come su gli animali. Molto meno energica della stricnina, potendosi senza inconveniente cominciare ad amministrarla in dose di un mezzo grano, essa può tenere il luogo e con vantaggio, come medicamento, dell' alcali della noce vomica.

4.° Considerate sotto il rapporto delle loro proprietà terapeutiche, la stricnina e la brucina mostransi più o meno efficaci, giusta le specie di paralisia che cercasi con esse di combattere. Adoperate in casi in cui la paralisia va congiunta ad uno stato infiammatorio del cervello o del midollo, esse aggravano verisimilmente gli accidenti. Negl' individui restati emiplegici in conseguenza di emorragia cerebrale, l'uso di questi alcali è le più volte inutile, devesi anche temere che non produca un' infiammazione della sostanza cerebrale intorno al foco apopletico (oss. 8). Sonovi però de' casi in cui, come per una specie di abitudine, la paralisia sembra ancora persistere dopo il riassorbimento dell' effusione; allora essa può cedere agli alcali della

noce vomica e dell' angustura. Finalmente questi medesimi alcali sembrano in singolar modo efficaci contro le paralisie la cui causa non sembra risiedere in una lesione infiammatoria de' centri nervosi; tale si è in particolare la specie di paralisia cui vanno sì frequentemente soggetti gl' individui che hanno spesso alle mani le preparazioni saturnine. Le osservazioni precedenti attestano l' efficacia della stricnina o della brucina in questa specie di paralisia: di nove individui che ne furono attaccati, sei sono stati guariti, od almeno sollevati. Potrei qui citare altri casi di paralisia dello stesso genere che hanno pur ceduto all' estratto alcoolico della noce vomica. (*)

§ 4. *Natura della colica di piombo.*

Questa colica è essa il risultamento di un' infiammazione gastro-intestinale? Noi ora possiamo rispondere a questa domanda negativamente. Sarebbe infatti una singolare gastro-enterite quella, di cui la sezione de' cadaveri non presentasse traccia alcuna; che, abbastanza intensa da produrre i più atroci dolori, non suscitasse mai febbre, e che fosse sempre sicuramente guarita dai medicamenti più eminentemente proprii ad inasprire questa gastro-enterite, ov' essa esistesse effettivamente. Se avvi un fatto in medicina onde noi siamo convinti si è questo, che la colica di piombo non è punto un' infiammazione. Facendo attenzione ai varj accidenti nervosi che la complicano e possono pur esistere senza di essa, saremo indotti a pensare, che

(*) È noto che la scienza riconosce dal professore Fouquier i primi sperimenti terapeutici fatti con questa sostanza.

i sintomi manifestantisi dal lato delle vie digerenti, negl' individui soggetti all' influenza delle preparazioni saturnine, sono ugualmente il risultamento del torbido da esse cagionato nelle funzioni della parte de' centri nervosi che presiedono specialmente al tubo digerente. La colica di piombo è adunque per noi una neurosi in cui sembrano essere lesi in ispecial modo il prolungamento rachidiano ed i plessi addominali del gran simpatico. La costipazione sembra dipendere o dall' annientamento del moto contrattile degl' intestini, o dalla sospensione di secrezione del muco intestinale.

§ 5. *Osservazioni sopra alcuni stati morbosi che, pe' loro sintomi e per la loro cura, hanno più o meno analogia cogli accidenti cagionati dalle preparazioni di piombo.*

I sintomi della colica di piombo manifestansi talvolta in individui, i quali non sono stati assoggettati all' influenza di nessuna preparazione saturnina; sembra allora che la modificazione impressa dall' azione del piombo al sistema nervoso producasi spontaneamente; donde risulteranno i medesimi accidenti che cederanno alla stessa cura più o meno mitigata. Citeremo su questo soggetto i fatti seguenti, da noi scelti fra molti altri simili osservati alla Carità.

XXIII. OSSERVAZIONE.

Dolori addominali simulanti quelli della colica di piombo. Amministrazione ripetuta dell' olio di ricino. Guarigione.

Un chiodaiuolo in età di 30 anni, di forte costituzione, non aveva avuto benefizio di corpo già da alcuni giorni, quando, la mattina dei 22 giugno, fu assalito tutto ad un tratto, nel momento in cui andava a far colazione, da vivi dolori addominali, che avevano specialmente la loro sede intorno all' ombellico. Egli prese a quest' epoca una pozione oppiata. Durante la giornata i dolori diminuirono un poco; ma alla notte essi tornarono con nuova intensità. Noi lo vedemmo il giorno dopo alla mattina, e ci presentò lo stato seguente:

Faccia pallida esprimente la più viva ansietà, gli occhi erano appannati e abbattuti; i dolori addominali vivissimi, insopportabili; la pressione non li inaspriva, nè li calmava; nessuna evacuazione alvina; lingua naturale; nessun vomito, apiressia perfetta: vennero prescritte due once di ricino; allora occorsero molte evacuazioni alvine. Alla sera il malato sentissi notabilmente sollevato, alla notte dormì bene. Li 24 prese nuovamente l'olio di ricino. Li 25 non sentiva più dolore alcuno. Li 26, piccoli bottoni rossi conici apparvero sul ventre; due giorni dopo questi bottoni erano dileguati. Il malato uscì in buono stato di salute.

In questo individuo i dolori addominali cedettero agevolmente poi che le evacuazioni alvine furono stabilite. Abbiamo veduto in altri malati che siffatti dolori erano molto ostinati, cessavano ad intervalli poi

tornavano. Noi li abbiamo veduti, in un caso, continuare per più di un mese, non senza interruzione, ma talmente che essi ritornavano a modo di accessi irregolari, che poi a poco a poco allontanavansi, facevansi meno intensi e finivano a non più mostrarsi. In questo caso osservammo inoltre un fenomeno che dagli altri malati non ci fu presentato: quando il dolore ricompariva, un tumor durissimo, che pareva fatto da seni intestinali conglomerati, mostravasi in un punto dell' addomine; questo tumore continuava tutto quel tempo che il dolore persisteva, spariva con esso, e allora l' addomine tornava cedevole e indolente: non ebbevi mai d' altronde la più lieve apparenza di febbre. Ne' primi tempi di questa malattia numerose applicazioni di sanguisughe furono fatte su l' addomine, senza che ne risultasse alcun vantaggioso effetto. Venne dato in seguito a più riprese olio di ricino che produsse, ogni qual volta fu amministrato, evacuazioni alvine copiosissime; vennero pur date frequenti volte delle preparazioni di oppio.

Avvi un' altra specie di colica che presenta sintomi più evidentemente infiammatorj della precedente, essa riconosce per causa il maneggiamento abituale del rame. La si vede frequentemente allo spedale ne' limatori, ne' fonditori in rame, e in altri operaj che fabbricano con questo metallo varj stromenti. Questa colica differisce dalla saturnina: 1.° per la minore intensità de' dolori; 2.° per l' esistenza del flusso di corpo; 3.° per la frequenza maggiore di un moto febbrile concomitante; in breve, essa sembra essere, assai più che la colica di piombo, l' effetto di una vera infiammazione del tubo digerente. Cionnondimeno in simil caso noi abbiamo veduto frequentemente Lerminier

dare con successo gli evacuanti attivi che formano la base della cura della colica di piombo: il numero delle evacuazioni alvine, artificialmente aumentato, diminuiva in seguito, e dopo che copiosi vomiti e copiose dejezioni erano occorse, ristabilivasi la salute. Non sembra egli che allora il buon effetto de' purgativi sia attribuibile alla più pronta espulsione, che per essi si ottiene, delle particelle di rame che cagionavano gli accidenti?

Rammenteremo qui in particolare un sol fatto di questo genere, notabile pe' sintomi di dissenteria che esistevano.

XXIV. OSSERVAZIONE.

Colica di rame. Sintomi di dissenteria. Cura ordinaria della colica di piombo. Guarigione rapida.

Un fonditore in rame, in età di 50 anni, godeva abitualmente buona salute, quando venne allo spedale, egli già risentiva, da una quindicina di giorni, de' dolori addominali, i quali, ad intervalli, facevansi sì vivi da cagionare un principio di deliquio.

Da dieci giorni circa, ei risentiva un tenesmo dolorosissimo; tormentato da voglie incessanti di andar di corpo, non espelleva con isforzo che poche mucosità filanti con tinta sovente di sangue. Il dolore addominale non aumentava colla pressione; la lingua aveva un aspetto naturale, la faccia pallida e rugosa; non eravi che una lieve alterazione di polso, senza gran calore alla pelle. Il primo giorno Lerminier fece applicare quindici mignatte all' ano. L' indimani, nessun miglioramento: allora egli si determinò a mettere

in pratica la cura della colica saturnina. Già dal secondo giorno in seguito a copiose evacuazioni, *i dolori addominali erano infinitamente diminuiti*, *e il tenesmo sparito.* La cura fu continuata: tutti i sintomi di dissenteria cessarono, e il malato non tardò guari ad uscire in uno stato di perfetta salute.

CLINICA MEDICA

OSSERVAZIONI

SU LE MALATTIE

DELL' ADDOMINE

LIBRO II.

MALATTIE DEL FEGATO E SUE DIPENDENZE.

1.° Il fegato è uno degli organi le cui malattie, in ragione della loro gravezza e della loro frequenza, sono state più studiate; cionnondimeno, fra le numerose alterazioni cui può andar soggetto, sonvene ancor molte la cui natura è lungi dall' essere ben determinata, e i cui sintomi sono oscurissimi. Non è già un trattato delle malattie del fegato che intendiamo di qui esporre; bensì alcune ricerche e alcune osservazioni sopra molti punti della storia di queste malattie. Oltre che

un trattato di questo genere non entra nel piano della nostra opera, noi pensiamo che ancora non sia giunto il tempo in cui sia dato di pubblicare, con frutto, una storia completa delle affezioni del fegato; quelli che in seguito se ne occuperanno potranno trovare ne' nostri scritti alcuni utili materiali, questo è lo scopo principale del nostro lavoro.

In un primo capitolo parleremo delle affezioni del parenchima stesso del fegato; in un secondo di quelle delle vie escretorie della bile.

SEZIONE PRIMA

MALATTIE DEL PARENCHIMA DEL FEGATO.

CAPITOLO PRIMO

LESIONI TROVATE NEL FEGATO DOPO LA MORTE.

2.° Fra le varie alterazioni del fegato alcune sono precedute o accompagnate da un afflusso di sangue più o meno copioso: nelle altre, pel contrario, avvi diminuzione reale od apparente della quantità di sangue che il fegato nel suo stato normale deve ricevere: tale si è il primo risultamento cui l' osservazione conduce.

Gli stati morbosi in cui l' aumento dell' afflusso sanguigno può essere dimostrato in modo diretto od indiretto, sono: l' aumento in volume del fegato, la sua ipertrofia, il suo indurimento, la formazione del pus o di altri prodotti accidentali in seno al suo parenchima. Gli stati morbosi in cui sembra che debba ammettersi una diminuzione dell' afflusso sanguigno sono: la sua decolorazione e la sua atrofia. Si possono indicare, volendo, i varj stati morbosi del fegato in cui avvi congestione sanguigna aumentata sotto il termine generico di *epatite*; allora però è d' uopo intendersi sul valore di questa parola, nè credere che quando sia adottato, esso renda conto delle alterazioni di nutrizione non meno numerose che variate che l' organo epatizzato può presentare: tutto ciò ch' esso indica si è l' elemento comune concorrente alla produ-

zione di queste alterazioni, vale a dire, la congestione sanguigna. Ma quale si è la causa delle numerose differenze di queste alterazioni? Essa non può certo trovarsi nella durata, nè nell' intensità di questa congestione sanguigna; poichè, sia essa breve o prolungata, sia forte o debole, vedesi indifferentemente riprodursi ogni specie di alterazione di nutrizione. Allo sviluppamento di ciascuna di queste specie è d' uopo dunque ammettere degli elementi particolari la cui natura ne sfugge, e la cui esistenza cionnondimeno non sembrami meno dimostrata di quello sia l' elemento comune della congestione sanguigna. Sonovi d' altronde de' casi in cui solo per modo di analogia e per generalizzazione di fatti particolari, può anche essere ammesso questo comune elemento; poichè i sintomi non lo hanno rivelato durante la vita, e dopo la morte, non se ne afferma, o non se ne suppone l' esistenza che mediante la considerazione de' prodotti trovati nel fegato, prodotti che in altri organi veggonsi svilupparsi in conseguenza di congestioni sanguigne, ordinariamente evidenti. Così è di molte produzioni accidentali come de' tubercoli e de' cancri. Può pure accadere che, anche ne' casi in cui trovasi il fegato avente meno sangue e meno nutrito che nel suo stato normale, scolorito, in istato di atrofia, questo stato sia preceduto come gli altri da una congestione sanguigna o da un' infiammazione. Per giustificare questa osservazione, troverei casi analoghi in altri organi; e nel fegato stesso mostrerei fra questi varj casi un' identità di sintomi e cause occasionali. Così, per modo d' esempio, fra quattro individui osservati alla Carità, ne' quali il punto di partenza dell'affezione del fegato sembrava essere stata ugualmente una

violenza esterna, e ne' quali eravi stato, in principio della malattia, dolore alla regione epatica, il 1.°, ci ha presentato un ascesso scavato nel parenchima del fegato; il 2.°, delle idatidi; il 3.°, delle masse cancerose; il 4.°, una diminuzione di volume dell'organo. Questi fatti meritano non essere perduti di vista. Ammettendo d' altronde qual conseguenza di un certo numero di fatti, che l' atrofia del fegato possa risultare da uno stato infiammatorio primitivo di quest' organo, non ne viene che debba sempre essere così.

Oltre la semplice atrofia del fegato e la sua scolorazione, sonovi forse altri stati patologici di quest' organo, la cui causa non sarebbe ragionevole porla ugualmente in una diminuzione, in una vera retrogradazione dell' atto nutritivo. Che è, per modo d'esempio, la degenerazione adiposa del fegato? Se, per rispondere a questa domanda, noi osserviamo in quali casi varie materie grasse sviluppansi accidentalmente nell' economia, vedremo che ciò accade molto sovente o intorno, od al posto di certi organi i quali vanno soggetti ad atrofia; troveremo inoltre, che ciò che esiste morbosamente nell' uomo, è una legge dello stato fisiologico nel regno animale, e che, per esempio, negli esseri il cui cervello è poco sviluppato, (balena, pesci, ecc.) il luogo che non occupa la massa encefalica viene occupata da un ammasso di materie grasse. Non è egli al luogo delle molecole in istato di atrofia che l' adipe si depone? Che è pure la formazione de' cisti sierosi in mezzo al fegato? Veggasi, su questo soggetto ciò che accade in altri organi. Sono essi arrestati nel loro sviluppamento? Al loro luogo trovansi borse sierose, talchè è possibile che molti di questi cisti del fegato, riguardati qual risultamento del suo stato infiammatorio,

attestino per avventura l'esistenza di uno stato tutto opposto, di una nutrizione in meno. Quale si è infine la causa degli sviluppamenti de' vermi vescicolari che trovansi frequentemente nel fegato? Sarebbe egli forse assurda il cercarla in uno stato di atrofia del parenchima del fegato? Cessando di essere abbastanza potente per nutrire quest' organo, potrebbesi dire, essersi la natura occupata in un processo inferiore di organizzazione, e in luogo di produrre le molecole di un organo di mammiferi, aver essa sviluppato un' idatide. Io non do queste varie idee che quai congetture più o meno probabili, le quali però non mi sembrano immeritevoli nè di esame, nè di discussione, esse provano per lo meno esservi ancora delle indagini da farsi.

3.° Il primo studio da intraprendersi per giugnere a qualche conoscenza esatta, relativa alla natura delle malattie del fegato, si è di dar opera a ben cogliere i caratteri anatomici. Per giugnervi il miglior metodo, a parer mio, è di prendere il suo punto di partenza dalla considerazione dello stato sano del fegato, di ben determinarlo e cercar poscia di penetrare la parte che possono prendere i varj elementi anatomici del fegato, alla formazione delle sue varie alterazioni in tessitura. Ecco indubitatamente la sola strada che può condurre a qualche utile risultamento. Ma nello stato attuale della scienza è essa praticabile? Si giudicherà dall' esposizione delle ricerche cui mi sono, su questo soggetto, applicato: cercando di penetrare in una strada quasi novella, io non ho potuto far molto cammino, ma ho dovuto soprattutto andar cauto per non traviare (*).

(*) In una memoria recentemente pubblicata su la cirrosi del

4.° Nel fegato esistono naturalmente due sostanze: esse vi sono disposte in modo da rappresentare assai bene colla loro unione la configurazione di una spugna. Una di queste sostanze, di un bianco più o meno schietto secondo i casi, rappresenta la parte solida della spugna; essa non racchiude che grossi vasi i quali la traversano senza ramificarvisi; per conseguenza essa contiene sol poco sangue. Nelle sue areole sta come disposta l'altra sostanza che è rossa, eminentemente vascolare, di apparenza cavernosa, e che sembra suscettiva, al pari de' tessuti erettili, di aumento e di diminuzione rapida di volume.

Nello stato da me riguardato come lo stato normale del fegato, queste due sostanze non sono distinte che per colui, il quale le ha osservate quando la malattia le ha fatte più sensibili.

Se in questo stato presunto normale si esamina un pezzo del tessuto del fegato, lo si trova costituito da una sostanza di un rosso intenso, separata in molti compartimenti da linee di un bianco leggermente roseo, che incrocicchiansi in più sensi e formano quasi delle circonvoluzioni. Se il fegato contiene una quantità assai grande di sangue, la sostanza colorasi e l'organo acquista una tinta rossa uniforme: ecco ciò che esiste normalmente nel feto e accidentalmente nell'adulto, in molte circostanze che verranno indicate più sotto. Se invece contiene meno sangue di quello richieda il

fegato (*Mémoires de la Société médicale d'Emulation*, tom. 9) il dott. Boulland ha seguito la strada qui sopra indicata, ed è per me un piacere il riconoscere di andare a lui debitore della prima idea di quanto ora si esporrà, e che vuol essere riguardato qual semplice saggio.

suo stato fisiologico, la sostanza bianca si fa da principio apparentissima, poi, in un grado ancor più avanzato di questa sorte di anemia locale, anche la sostanza rossa perde il suo colore, e il fegato presenta una tinta biancastra, in cui un esame attento lascia pur riconoscere due sostanze. Queste varie gradazioni di aspetto del fegato dipendono unicamente dalle proporzioni del sangue da esso contenuto, ed è mestieri tenerne conto. Inoltre, le differenti alterazioni possono occorrere isolatamente o simultaneamente nelle due sostanze ora descritte, dal che risulteranno pel fegato varj aspetti che costituiranno altrettanti stati morbosi. Studiamo da prima le alterazioni isolate di ambedue queste sostanze.

Un' alterazione assai comune della sostanza bianca è la sua ipertrofia. In un primo grado, questa viene indicata da linee, da circonvoluzioni che serbansi visibilissime, anche ne' casi in cui il fegato è più ingorgato di sangue. In un secondo grado, veggonsi queste linee trasformarsi in piastre più o meno estese; così ipertrofiata, la sostanza bianca indurasi, e può acquistare un aspetto fibroso. Questa sostanza in tale stato d'ipertrofia, modificata nella sua forma, nella sua consistenza e nel suo colore, sarebbe presa agevolmente per un tessuto di nuova formazione, se non si seguissero presso a poco i varj gradi di quest'ultima. Un errore di questa fatta è stato, a mio avviso, commesso da Laennec. La lesione del fegato da lui chiamata cirrosi, e da lui riguardata qual tessuto accidentale, sembrami unicamente il risultamento di un certo grado di ipertrofia della sostanza bianca. Questa cirrosi esaminata con attenzione nelle sue varie fasi di sviluppamento, non parmi sia un tessuto accidentale più che

non lo sono le granulazioni polmonari, le quali, come ho dimostrato altrove (tom. 2), sono unicamente infiammazioni parziali del polmone.

Ho già detto che la sostanza rossa poteva essere diversamente colorita e tumefatta, in ragione delle quantità variabili di sangue da essa contenuto: Può anche andar soggetta ad una vera ipertrofia, dal che risulta, secondo i casi, l' aspetto granuloso o lobuloso del fegato (Veggansi le osservazioni particolari). Altrove questa stessa sostanza rossa va soggetta ad un totale scoloramento, oppure cade in uno stato di vera atrofia, e in questo caso avvi diminuzione nel volume del fegato. Finalmente è soprattutto in seno a questa sostanza rossa che sembrano operarsi le varie secrezioni morbose onde il fegato è assai sovente la sede.

5.° Isolate, o riunite o combinate in più modi, le alterazioni di queste due sostanze producono i varj stati morbosi del parenchima epatico. Questi stati morbosi sono specialmente 1.° varj gradi di congestioni sanguigne, attive o passive, vitali o meccaniche; 2.° alterazioni di nutrizione; 3.° alterazioni di secrezione.

6.° Le congestioni sanguigne del fegato si assomigliano a quelle che possono farsi in qualunque tessuto parenchimatoso, per esempio, nel polmone o nel cervello. Talvolta la causa che le produce è puramente meccanica; per esempio, un ostacolo al libero passaggio del sangue traverso le cavità destre del cuore, onde ne segue riflusso ed accumulamento di questo liquido ne' vasi epatici. Tal'altra, questa causa non è più meccanica; essa però non ancora consiste che in un eccesso di vitalità in ciò che dicesi *stimolo infiammatorio*. Tali sono le congestioni che il fegato presenta negli individui scorbutici. Ignoro se siffatte congestioni pos-

sano dirsi passive, nel senso che ordinariamente associasi a questa parola. Ciò però che sembrami evidente si è, che nulla rassomiglia meno ad un processo infiammatorio di queste congestioni sanguigne, onde molti organi, negli scorbutici, divengono simultaneamente la sede. Ogni qualvolta ebbi occasione di far la sezione dei cadaveri di questi malati, ho trovato il fegato sommamente ingorgato di sangue; ne grondava da ogni parte, e allora il tessuto dell' organo presentava un color rosso uniforme: eravi simile ingorgamento nella milza. In altri casi finalmente il sangue accumulasi straordinariamente nel fegato, sotto l' influenza di uno stimolo infiammatorio. Questa congestione attiva può continuare più o men lungo tempo, senza che sopraggiunga alcun' altra alterazione, eccetto, nella maggior parte de' casi, una modificazione nella secrezione della bile. Volendo attenersi alla semplice osservazione, certo, simil caso non può essere distinto da ciò che dicesi infiammazione; in tutti gli altri organi non trovasi cosa valevole a comprovare la loro infiammazione, prima che siavi alterazione della loro tessitura; in tutti, come nel fegato, questa congestione, per poco che sia intensa o prolungata, va accompagnata da un aumento in volume del tessuto che ne è sede, e le più volte da un aumento di secrezione normale. Così nel fegato, come in ogni altra parte, questa congestione può restare la sola modificazione morbosa dell' organo, il quale torna immediatamente al suo stato normale, quando quella cessa. Ma in altri casi essa è il punto di partenza di un gran numero di alterazioni che manifestansi ulteriormente nell'organo ove ha sede, e vuol essere riguardata come uno degli elementi di loro formazione.

Le congestioni sanguigne del fegato, qualunque sia la loro causa, possono essere o generali o parziali. Nel primo caso, per poco che siano rilevanti, il volume dell' organo è aumentato; lo si vede oltrepassare più o meno il margine cartilaginoso delle coste, o ricalcare in alto il diaframma. Siffatto aumento in volume operasi alcuna volta con grande rapidità, e sparisce sovente al modo stesso; questo è ciò che accade specialmente ne' casi di congestioni epatiche accompagnanti le malattie di cuore; sovente allora, dopo che sono state praticate alcune cavate di sangue, e che la circolazione è meno turbata, si cessa assai rapidamente di sentire il fegato che risale dietro le coste, e che, più tardi, discende ancora, se la malattia del cuore va sottoposta ad un altro inasprimento. Ma per ciò solo che nel fegato avvi stasi abituale del sangue più grande dell' ordinario, vi ha pure disposizione all' irritazione dell' organo, e, dopo un certo tempo, alla congestione affatto meccanica del fegato può aggiugnersi una vera congestione vitale attiva; questa può restar sola, od essere seguita da varj disordini di nutrizione. Quindi viene la frequenza assai grande delle malattie consecutive del fegato negl' individui attaccati da affezioni organiche del cuore.

Sonovi casi in cui la congestione sanguigna del fegato, è soltanto parziale; trovansi sparse alla sua superficie o nell' interno delle macchie rosse, donde, incidendolo, scola molto sangue. Simili congestioni parziali sono rare volte l' effetto di una semplice causa meccanica; e infatti non si comprende perchè questa farebbe piuttosto sentire la sua azione in un punto determinato del fegato anzichè in un altro.

È manifesto che in questi varj gradi di congestione la sostanza rossa del fegato ha parte principale.

Queste congestioni, senz' altra alterazione di tessitura, costituiscono un certo numero di malattie del fegato, annunziate durante la vita da diversi sintomi, i quali variano in ragione dell' intensità della congestione, della sua estensione, della rapidità con cui essa si è effettuata e della causa che l' ha prodotta.

Non solo sotto l'influenza delle condizioni sopra enumerate i vasi del fegato possono ricevere molto maggior quantità di sangue di quella ricevano nello stato normale, ma inoltre, siavi o no stata congestione antecedente, essi possono rompersi, dal che ne viene emorragia più o meno copiosa, effusione di sangue nel parenchima del fegato, specie di apoplesia epatica. Il caso più notabile di questo genere che ho avuto occasione di osservare si è il seguente.

M. S.... uno degli amministratori del denaro godeva di assai buona salute e non aveva mai presentato in particolare sintomo alcuno che potesse scoprire in lui l' esistenza di una malattia di fegato, quando una mattina, svegliandosi, risentì un poco di mal essere e alcuni dolori addominali; egli manifestò il desiderio di restar in letto, e venne lasciato solo nella sua camera. Dopo alcune ore vi si entrò; era morto. Io feci la sezione del cadavere in presenza dei dottori Double, Brunet e Sedillot figli. Gli organi del cranio e del torace in cui aspettavasi trovare qualche traccia di tal morte repentina, non presentarono nessuna alterazione. Il peritoneo fu trovato pieno di una quantità grande di sangue nero in parte coagulato; molti grumi vedevansi soprattutto accumulati fra il diaframma e la faccia convessa del fegato. Verso la parte media del lobo

destro e su questa medesima faccia convessa, scoprissi un' apertura abbastanza larga da permettere l'introduzione dell'estremità del dito piccolo. Questa apertura era l' orifizio di una cavità scavata nel parenchima del fegato, abbastanza ampia per ammettere un uovo di gallina, e riempiuta di sangue. Un grosso vaso lacerato aprivasi in un punto di questa cavità: introdotto uno stiletto, penetrò nel tronco della vena-porta epatica, onde questo vaso era una delle principali divisioni. La causa della morte e la sorgente dell' emorragia furono allora manifeste. Intorno alla cavità accidentale che conteneva il sangue, il parenchima del fegato aveva conservato il suo stato sano.

Il dott. Honoré ha ultimamente mostrato all'Accademia un fegato contenente più cavità con sangue puro. Non si è potuto assicurarsi in questo caso se il sangue sia stato fornito dai vasi lacerati, o prodotto da semplice esalazione. Nella sua eccellente memoria su gli ascessi del fegato, Louis ha citato il caso di un individuo nel cui fegato trovossi una cavità, avente il volume di una noce, piena di un coagulo fibrinoso di sangue nero, disposto per istrati concentrici. Ne' vasi sanguigni non venne verificata l' esistenza di alcuna lacerazione (*).

7.° Consecutivamente ad una congestione sanguigna, variabile in intensità e durata, abbiam detto, che il fegato può soggiacere ad alterazioni notabili rispetto alla sua nutrizione. Fra queste è da annoverarsi, per modo d' esempio, la sua ipertrofia generale o parziale. L' au-

(*) *Mémoires* o *Recherches anatomico-pathologiques*, di P. Ch. A. Louis, 1826, p. 381. Nel mio *Précis d'anatomie pathologique* ho citato alcuni altri casi di emorragie del fegato.

mento di volume, ugualmente generale o parziale cui esso allora va soggetto, non è più soltanto il risultamento di una semplice accumulazione di sangue nel suo tessuto, bensì di un aumento nel volume e nel numero delle molecole di esso; in altri termini, sotto un dato volume esso contiene un numero maggiore di parti solide, ed ha maggior densità. Se questa ipertrofia del fegato è generale, avvi accrescimento di volume nella totalità dell'organo; alcuna volta però il volume non è aumentato, ma il tessuto è più denso, più duro, lasciasi più difficilmente dividere dallo scalpello. Gli è così che in molti casi d'ipertrofia del sistema osseo, questo non ha già maggior volume, ma ha soltanto acquistato maggior peso specifico.

Può accadere che l'ipertrofia del fegato esista solo in alcuna delle sue sostanze, conservando l'altra il suo stato normale, o soggiacendo in pari tempo ad una vera atrofia. Se avviene quest'ultimo caso, ne può risultare una diminuzione del volume generale del fegato, quantunque uno de' suoi elementi anatomici abbia un volume maggior dell'ordinario. Ciò succede, per esempio, in molti casi di *cirrosi* che noi abbiamo veduto non esser altro che l'ipertrofia della sostanza bianca. Nel tempo stesso che questa ha acquistato un'attività insolita, la sostanza rossa è andata sottoposta ad una specie di restringimento, e consecutivamente ad atrofia, il volume del fegato è diminuito. La difficoltà con cui, in simil caso, si fanno penetrare delle injezioni nella sostanza del fegato, l'ascite che segue quasi costantemente questa atrofia della sostanza rossa, onde risulta un aspetto come screziato del fegato, sembrano dimostrare esservi allora obliterazione di una gran parte de' piccoli vasi costituenti questa sostanza rossa. So-

vente pure l'ineguale ipertrofia di quest' ultima, onde risulta nel fegato l' apparizione di granulazioni sia isolate e rare, sia numerose aggruppate, coincide con una notabile diminuzione del volume del fegato, il che dipende dall' atrofia di altre porzioni della sostanza rossa, o della sostanza bianca.

L' ipertrofia del fegato, sia parziale, sia generale, è le più volte accompagnata da un aumento nella sua consistenza. Essa può esistere con diverse gradazioni di colorazione, di cui le principali sono la tinta rossa, gialla, verdastra, bruna, od anche bianca. Molte di queste tinte mischiansi sovente insieme, dal che risultano nel fegato gli aspetti più variati, che io mi studierò di far risaltare nelle osservazioni particolari.

Vi sono de' casi in cui sotto il rapporto della sua forma, del suo volume, del suo colore, della proporzione delle sue sostanze, il fegato sembra essere nel suo stato fisiologico; ma la sua consistenza è in ispecial modo diminuita; il suo tessuto estremamente friabile, si schiuma e riducesi in polpa sotto il dito che lo preme; talvolta esso non ha maggior consistenza della feccia di vino che riempie le areole della milza. Non v'ha dubbio che l' analogia con ciò che osservasi in altri organi, ed oltre a questo, i casi in cui fu veduto siffatto rammollimento coincidere con tutti i sintomi di un' epatite (tom. 1), devono indurre ad ammettere che esso è il risultamento di un processo infiammatorio. Io l' ho detto senza restrizione nel terzo volume di quest' opera. Cionnondimeno riflessioni ulteriori hanno eccitato de' dubbii nel mio spirito; e quantunque io resti convinto che un gran numero di rammollimenti succedono ad un' infiammazione, esito ad ammettere che lo stesso avvenga in tutti; mi mancano

le prove per abbracciare in tutti i casi, su questo soggetto una decisione definitiva. Io lo domando a chiunque è di buona fede: non ha egli veduto de' casi in cui esistendo un rammollimento nel cervello, nello stomaco, nel fegato ec., gli è stato impossibile affermare che alcuna specie di congestione sanguigna, di processo d' irritazione qualunque, abbia preceduto od accompagnato il rammollimento onde questi organi erano sede. In questi casi difficili sappiamo dubitare e aspettare.

Si è sovente parlato dell'aumento in volume del lobo di Spigel, aumentazione abbastanza rilevante perchè questo lobo costituisse un tumore sensibile al tatto. Fra i numerosi malati esaminati alla Carità durante la loro vita o dopo la loro morte, nessuno ci ha presentato quel genere di alterazione del fegato che, al dir di molti medici, sarebbe comunissimo; non mai, durante la vita, abbiamo potuto sentire isolatamente il lobo di Spigel traverso le pareti addominali, nè mai, dopo la morte, abbiamo verificato la sua ipertrofia indipendente da quella del resto del fegato. È mestieri adunque riguardare i tumori formati dal piccolo lobo di Spigel, qual fatto sì raro, come lo sarebbe un tumore formato o da un aneurisma del tronco celiaco o da una malattia del pancreas.

Circa ai due lobi principali del fegato, essi trovansi sovente in istato d' ipertrofia o di atrofia isolatamente uno dopo l' altro. Il lobo destro, per esempio, può essere assai più voluminoso dell' ordinario, e il sinistro non può consistere che in un sottilissimo appendice. Altre volte il lobo destro, pel contrario, è diminuito di volume; non occupa che una piccola parte del suo posto usuale, mentre il sinistro, in istato d' ipertrofia,

estendesi assai più dell' ordinario nell' ipocondrio sinistro, e può anche esser causa di un suono fioco alla parte laterale inferiore sinistra del torace. In questo caso il fegato dell' adulto avvicinasi alla disposizione del fegato del feto, in cui il lobo sinistro supera in volume il destro.

8.° L'ultimo ordine di alterazione del fegato consiste nelle secrezioni morbose che possono operarsi nel parenchima. Così può il pus infiltrarlo, e riunirvisi in foco. Si possono segnalare quattro circostanze principali in cui il fegato diviene sede di ascessi. Essi vi si formano: 1.° in conseguenza di violenze esterne che agiscano direttamente sul fegato: 2.° in seguito a lesioni del cervello: 3.° spontaneamente, come terminazione di un'epatite acuta o cronica: questo caso è più raro dei due primi: 4.° finalmente sonovi delle circostanze in cui il pus che trovasi nel fegato, non sembra accumulato consecutivamente ad un'epatite; formato altrove, e portato nel torrente circolatorio, si direbbe non aver fatto altro che separarsi dal sangue nell' interno del fegato. Sta però sempre che in simil caso nessun sintomo di epatite ha esistito durante la vita; che dopo la morte non trovasi traccia alcuna d' infiammazione, di un processo patologico qualunque intorno alla collezione purulenta; che le più spesse volte trovansi in pari tempo simili ascessi in altre parti, nel polmone, nella milza, nel cervello, nel tessuto cellulare sotto-cutaneo ed intermuscolare, che in nessuna di queste parti la formazione del pus non è stata neppure preceduta da segni d' infiammazione, e che finalmente questa specie di ascessi producesi soprattutto in certe condizioni dell' economia, vale a dire: in seguito alle grandi operazioni di chirurgia, od alle metro-peritoniti

puerperali, oppure quando una copiosa suppurazione esistita da lungo tempo è stata ad un tratto disseccata. Citeremo più sotto fatti relativi a queste differenti specie di ascessi; la suppurazione del fegato d'altronde è un' affezione molto rara.

Invece del pus, il tessuto del fegato può separare diverse materie, ora gialle e friabili, ora di un bianco sparuto e più o meno consistenti, ora più o meno simili a gelatina od a colla. Queste varie materie, che in ragione di differenze sovente poco essenziali nelle loro qualità fisiche vennero chiamate con diversi nomi, sia tubercoli, sia materia encefalica, sia steatomi ec., hanno per carattere comune e importante di essere separate in sino al parenchima del fegato, e in conseguenza di una congestione più o meno evidente, come vi può essere separato il pus. Vi sono anche formate più sovente di questo. Ora il tessuto del fegato è ancora apparente là dove esistono queste materie separate, è infiltrato da esse, e in pari tempo più o meno fortemente injettato. Ora per trovare il tessuto del fegato è d'uopo aver ricorso ad una dissezione attenta, od alla macerazione, e allora lo si vede esistere in forma di avanzi nel mezzo della materia estrania, a quel modo che in un flemmone trovansi in mezzo al pus de' resti di tessuto cellulare e di muscolo. Il tessuto del fegato allora non solo è ricalcato; sembra essere in un vero stato di atrofia, e assorbito; la dissezione, d'altronde, mi ha convinto di un fatto importante, vale a dire, che i numerosi vasi che veggonsi sovente ramificarsi in mezzo a masse bianche encefaloidi non appartengono punto ad esse; che le attraversano soltanto, e non sono altro che un avanzo del tessuto del fegato cui appartiene. Più tardi possono rompersi, e quindi

risultarne delle emorragie. Da questi fatti credo poter conchiudere che ciò che dicesi tessuto encefaloide nel fegato, non lo è più di quello sia il tubercolo; che è, al pari di questo, una materia depositata nel fegato per modo di secrezione, e che le apparenze di organizzazione che vi s'incontrano, spettano unicamente al tessuto stesso del fegato infiltrato di questa materia.

ARTICOLO SECONDO

SINTOMI DELLE MALATTIE DEL FEGATO.

9.° Essi sono poco numerosi, sovente troppo oscuri, o assai poco qualificati, perchè da essi si possa sempre affermare l'esistenza di un affezione del fegato. In altre circostanze questa non è dubbiosa, ma è difficilissimo od anche impossibile determinare la sua natura; da una parte, infatti, simili sintomi vengono sovente prodotti da molte affezioni del fegato che presentano le più grandi differenze sotto l'aspetto de' loro caratteri anatomici; d'altra parte, non si può dire che in alcuna di queste affezioni trovisi un sintomo costante. L'itterizia, per esempio, può ugualmente mancare od esistere in tutte le malattie del fegato; in un solo caso essa non manca mai, cioè quando avvi obliterazione del canale coledoco. Quest'articolo ha specialmente per iscopo di presentare alcuni dati somministrati dall'osservazione che aiutano: 1.° a riconoscere l'esistenza di una malattia del fegato: 2.° a determinare la sua natura.

10.° I sintomi che manifestansi nelle malattie del fegato sono o locali o generali; in molti casi i secondi sono assai più apparenti dei primi.

11.° Nel novero de' sintomi locali, noi troviamo per primo il dolore. Variabile in intensità, non lo è meno per la sua sede: sonovi de' malati ne' quali esso è vago, mobile, e simigliante sotto questo aspetto ad un dolore reumatico; può esistere in una grande estensione; così in alcuni individui tutta la parte inferiore destra del torace e l'ipocondrio dello stesso lato sono la sede di una sensazione dolorosa. Altrove non esiste che in alcuni punti circoscritti; così lo si osserva: 1.° verso la regione epigastrica: 2.° lungo il margine cartilaginoso delle false coste destre: 3.° in un punto più o meno limitato dell'ipocondrio destro: 4.° verso la parte laterale inferiore destra del torace, e alcune volte allora, in uno spazio limitatissimo, come quello, per modo d'esempio, occupato dall'ultima falsa costa destra: 5.° posteriormente a questo medesimo lato, presso la colonna vertebrale; e se allora il dolore si fa sentire un poco all'alto, potrassi agevolmente confonderlo co' dolori dorsali o tisici: 6.° nell'ipocondrio sinistro, al luogo ordinariamente occupato o dal gran fondo cieco dello stomaco, o dalla milza: 7.° finalmente in varj punti dell'addomine, come l'ombellico, i fianchi ec., se sono occupati dal fegato aumentato di volume. Vi hanno altri dolori i quali non si manifestano solamente là dove esiste il fegato, ma in parti più o meno lontane; essi sono puramente simpatici, e risultano da una semplice irritazione nervosa. Così, è già stato da lungo tempo notato, senza che possa rendersene gran fatto ragione, il dolor fisso alla spalla destra che accompagna un certo numero di affezioni del fegato; questo dolore pare a noi esista non così sovente come fu asserito; cionnonpertanto, più di una volta noi lo abbiamo osservato in modo assai sensibile. Questi dolori simpatici

possono pure occupare altre parti del corpo. Avremo sempre presente alla memoria l' osservazione di un malato, il cui fegato fu trovato, dopo la morte, pieno di masse dette cancerose. Egli non aveva mai accusato dolore veruno alla regione del fegato; di tempo in tempo però i due lati del torace divenivano la sede di una sensazione assai penosa, la quale in breve estendevasi alle braccia e perfino alla mano; questa soprattutto era sede di un formicolio incomodissimo; talvolta dolori vivissimi e laucinanti, che passavano quai strisce di fuoco, impadronivansi dell'uno o dell'altro braccio. Noi non trovammo dopo la morte alterazione veruna che valesse a spiegarci questi accidenti. Abbiamo veduto altri ammalati il cui unico dolore esisteva alla testa; questo dolore può essere in alcuni casi assai vivo, costante, prolungato, da fermare esclusivamente l' attenzione del malato, cui veruna sensazione locale non isvela che il suo fegato sia affetto. Finalmente un fenomeno assai singolare che molti individui attaccati da malattie al fegato presentano, si è un prurito vivissimo e sommamente incomodo alla pelle: questo accidente è frequente soprattutto quando avvi itterizia; ma può ben anche esistere ne' casi in cui la pelle abbia conservato il suo color naturale.

I dolori risentiti alla regione del fegato, o nel luogo da esso accidentalmente occupato, possono essere continui od intermittenti. In ambedue i casi essi sono talvolta profondi, e si fanno sentire spontaneamente senza che il tatto li aumenti; tal' altra il tatto stesso accresce; altre volte finalmente, gli ammalati non risentono dolore che per suo mezzo. Vi sono individui i quali soffrono soltanto allora che si fanno a camminare, o quando trovansi in vettura, o quando ascen-

dono o discendono per un piano inclinato, o giacciono su l' uno o l' altro lato.

Un dolor fisso alla regione del fegato è sovente il primo sintomo che porta a sospettare la malattia di quest' organo. Vi sono non pertanto degl' individui, i quali pel corso di molti anni non andarono soggetti ad altri accidenti dal lato del fegato che ad un dolore più o men vivo riproducentesi a intervalli; il colore era tutt'al più giallo; del resto la regione del fegato era cedevole, le digestioni abitualmente buone, la nutrizione in uno stato assai soddisfacente; ma viene un tempo in cui l' antico dolore si fa ad intervalli più vivo; e quando esso ridestasi così con un' intensità insolita, si stabilisce un moto febbrile, e sovente manifestansi tracce d' itterizia; più tardi questi sintomi intermittenti divengono continui, e l' esistenza di un' affezione grave del fegato non è più dubbiosa. Abbiamo già parlato di casi in cui il dolore è un sintomo talmente predominante che se ne fa una malattia a parte, sotto il nome di colica epatica. In altri malati il dolore sopraggiunge soltanto dopo lungo tempo che altri sintomi locali o generali hanno annunziato l' esistenza di un' affezione del fegato. Finalmente questa affezione percorre molte volte tutti i periodi, e trae il malato al sepolcro senza che dolore alcuno sia mai stato risentito alla regione epatica.

Molte parti situate in vicinanza del fegato possono essere la sede di varj dolori, che sovente sono stati confusi co' dolori del fegato; ed è pur forza confessare che tale abbaglio è spesso difficile da evitarsi. Queste parti, i cui dolori simulano quelli del fegato, possono essere situate o nel torace o nell'addomine. Nel torace troviamo certe infiammazioni della pleura, e in parti-

colare della pleura diaframmatica, che manifestano la loro esistenza con un dolore avente la sua sede alla parte più inferiore del lato destro del torace, lungo il margine cartilaginoso delle coste e fino nell' ipocondrio destro. Sovente allora si può credere tanto più agevolmente ad un' epatite, in quanto che vedesi sopraggiungere un' itterizia, la quale è verisimilmente il risultamento di un' irritazione simpatica, comunicata dalla pleura diaframmatica alla superficie convessa del fegato. Ciò che avvi di certo si è, che in casi simili noi abbiamo trovato un' infiammazione nella pleura, e nessuna alterazione valutabile nell' organo secretore della bile.

Nell' addomine, una peritonite parziale sviluppata ne' dintorni del fegato, una flemmasia acuta o cronica del piloro o del principio del duodeno, una nefrite ben anche; finalmente, tumori, simili a quelli onde abbiamo citato altrove degli esempj, sviluppati sia tra il rene e il fegato, sia sotto l' epiploon gastro-epatico, possono far nascere dolori che sarebbe sovente difficile distinguere da' dolori spettanti al fegato.

Dall' esistenza del dolore, dalla sua sede, natura, intensità, e dall' epoca della sua apparizione, puossi egli scoprire da qual specie di affezione del fegato esso dipenda? Ecco ciò che già più volte si è cercato di fare; ma nella maggior parte de' casi le regole stabilite su questo soggetto possono essere distrutte da eccezioni quasi non meno numerose. Così, fu stabilito che le affezioni dette cancerose del fegato siano accompagnate da dolori vivi, lancinanti, caratteristici; cionnondimeno, facendo un ristretto delle note da noi raccolte su questo soggetto, troviamo da una parte, che questi dolori sono stati osservati in individui, i

quali avevano altre affezioni del fegato, e dall' altra, che gl' individui attaccati da cancri al fegato con pochissimo o nessun dolore, sono presso a poco sì numerosi come quelli che hanno risentito vivi dolori.

Stabilite e riconosciute queste difficoltà, esponiamo ciò che abbiamo osservato relativamente ai segni che si possono trarre dall'esistenza e dalla natura del dolore, onde distinguere fra di esse le varie affezioni del fegato.

1.° I casi di malattia del fegato in cui osservansi più frequentemente i dolori, sono l' epatite acuta, la formazione di ascessi, o la produzione della materia detta encefaloide nel tessuto infiammato del fegato, e oltre a ciò, rispetto alle malattie delle vie escretorie, il passaggio di una concrezione calcolosa ne' canali biliari, non però il suo semplice soggiorno sia in un punto di questi canali, sia nella vescichetta. Cionnondimeno tutti questi casi possono esistere senz' essere annunziati da alcun dolore.

2.° Osservansi alcuna volta nella regione epatica dolori estremamente vivi, che non possono essere spiegati dopo la morte da alcuna lesione del fegato o de' suoi canali escretorj. Tale è il caso di certe coliche epatiche. Questa sola circostanza, ed oltre a ciò il carattere di questi dolori, la loro intermittenza, il buon stato di salute che sovente esiste ne' loro intervalli, ci portano a credere che questi dolori abbiano specialmente la loro sede ne' numerosi filamenti nervosi che si distribuiscono al fegato, e provengono sia dal pneumo-gastrico, sia soprattutto dal gran simpatico. Hassi d' altronde la prova che questi dolori sono proprii al fegato, perchè vengono sovente accompagnati da un' itterizia che si dissipa con essi, o che può loro sopravvivere per un tempo più o meno lungo. E qual mara-

viglia che in questo caso l' affezione de' nervi modifichi la secrezione biliare? L' influenza nervosa non modifica forse in modo evidente tante altre secrezioni, come, quella delle lagrime, della saliva, dell' orina ec.? Il tic doloroso non è egli accompagnato da un vizio di secrezione delle glandule buccali ec.?

3.° Sonovi certe malattie del fegato che, il più delle volte producono soltanto un dolore ottusissimo o nullo. Tali sono un gran numero di affezioni croniche, lo sviluppamento d'idatidi nel suo interno; la sua degenerazione adiposa, il suo indurimento, le sue varie specie di atrofia ugualmente generale e parziale. In quest' ultima affezione, in cui il fegato non forma tumore alcuno, si può prevedere quanto, in ragione della mancanza del dolore, il diagnostico debba essere oscuro. Quindi, puossi stabilirlo solo in modo congetturale, dall' esistenza di alcuni sintomi generali onde parlerassi più sotto. Non bisogna però dimenticare che in molti casi in cui l'affezione è fatta al tutto indolente quando la si osserva, vi fu un tempo, verso il principio della malattia, in cui dolori più o meno vivi hanno esistito.

12.° Le modificazioni che il fegato sovente presenta nel suo volume, possono essere riconosciute durante la vita, quando siavi aumento di esso volume; e alcuna volta anche quando è diminuito, si riesce a riconoscere tale diminuzione di volume: 1.° coll' esame della forma dell'addomine, e della parte inferiore destra del torace: 2.° col tatto: 3.° colla percussione.

Sonovi de' casi in cui la semplice vista discopre l' esistenza di un tumore nell' ipocondrio destro; le pareti addominali sono da esso sollevate, e alcuna volta si può vedere traverso queste pareti delinearsi il margine tagliente del fegato; questo diviene soprattutto alcuna

volta ben manifesto, immediatamente dopo l'operazione della paracentesi. La semplice vista basta allora a discoprire la malattia del fegato. In altri individui non hannosi più segni sì apparenti. Col mezzo della vista verificasi solo l' esistenza di un tumore, sia nell' uno o nell'altro ipocondrio, sia all'epigastrio. Ma per giugnere alla conoscenza della natura di questo tumore fanno mestieri altri segni. In alcuni malati la porzione di questo viscere nascosta dietro le costole, è aumentata in volume a tal segno da rispingerle in fuori, soprattutto nella loro parte cartilaginosa, ed a produrre così una singolare alterazione nella costa destra inferiore del torace. Vedesi allora la faccia anteriore delle ultime coste e delle loro cartilagini farsi superiore, il loro margine superiore divenire inferiore ec. L' ultima costola, respinta infuori, mostrasi sensibilissima all'occhio nudo.

Il tatto somministra indicazioni assai più numerose e più variate di quelle che può dare la semplice vista. In molti individui affetti da malattie del fegato con aumento del volume di quest' organo, non verificasi altro, palpando l' addomine, che una resistenza inuguale alla pressione delle due costole della linea bianca. Così mentre nell' ipocondrio sinistro le pareti addominali lasciansi agevolmente deprimere, e la mano affondasi profondamente senza trovare ostacoli, nell' ipocondrio destro, pel contrario, le pareti addominali sono tese, come se un corpo solido, situato dietro di esse, loro impedisse di cedere alla mano comprimente. Sonovi molti casi di malattie del fegato, in cui questa ineguaglianza in cedevolezza dei due ipocondrj è il solo indizio della tumefazione di quest' organo.

Altre volte avviene che nell' ipocondrio destro puossi

circoscrivere un corpo, il quale prolungasi dietro le coste, e che per la sua forma e per la sua situazione sembra essere il fegato sviluppato. Ma per ben riconoscerlo, il modo con che si esercita il tatto non è certo indifferente. Talvolta basta applicare semplicemente la mano su l' ipocondrio, e premerlo successivamente per davanti in indietro ne'suoi varj punti, poi palpare comparativamente, e sempre allo stesso modo, le altre parti dell' addomine. È d' uopo d' altronde esercitare successivamente il tatto, stando l' ammalato disteso sul dorso, sia su l'uno o l'altro ipocondrio, seduto, od in piedi. Sovente, praticando così il tatto, il tumore, la cui esistenza vien riconosciuta, non può essere circoscritto, i suoi limiti restano indeterminati. Allora valgasi di altro processo. Portisi su l' ipocondrio la mano, disposta in modo che, stese e ravvicinate tutte le dita fra di loro eccetto il pollice, il margine esterno del dito indicatore tocchi in tutta la sua estensione le pareti addominali. Affondisi direttamente la mano in questa direzione per davanti in indietro, poi la si porti rapidamente di basso in alto, e ravvicinando il suo margine cubitale alle pareti dell' addomine, e premendo incessantemente, secondo questa nuova direzione, col suo margine radiale. Procedendo in siffatto modo accade sovente che si riesca a circoscrivere esattamente il margine tagliente del fegato. Tal volta, d' altronde, quest'organo presenta, in tutta la sua estensione valutabile al tatto, una superficie liscia, uniforme; in altri casi vi si riconoscono elevazioni insolite e gibbosità; in altri finalmente esso presenta de' punti in cui è veramente affondato, depresso, e quasi scavato a foggia di ciotola; sembra che in questo punto abbia fatto una perdita di sostanza.

Non è già nel solo ipocondrio destro che il fegato può farsi sentire per mezzo del tatto; non avvi quasi un punto dell' addomine, in cui per tal mezzo non siasene riconosciuta l' esistenza. E primieramente si può sentirlo ad un tempo nell' ipocondrio destro, all' epigastrio, o nell' ipocondrio sinistro. Allora il diagnostico presenta poche difficoltà; infatti, si sente e si vede alcuna volta il tumore uscire, in certo modo, dietro le costole destre, e prolungarsi d' ivi ne' punti indicati. Può limitarsi all' epigastrio, od inoltrarsi più o meno nell' ipocondrio sinistro; più di una volta ne abbiamo così seguiti i progressi da destra a sinistra. Giunto nella porzione splenica dell'addomine, il tumore epatico può terminarvisi in varj modi, sia formando una specie di massa tondeggiante, di cui trovansi difficilmente i limiti, sia costituendo una specie di linguetta con margini sottili, che si possono pur sentire traverso le pareti addominali.

Il diagnostico rendesi più malagevole quando il tumore formato dal fegato, nullo nell' ipocondrio destro, esiste solo nell' epigastrio o nell' ipocondrio sinistro. Ciò succede quando il fegato si è inegualmente sviluppato, e il lobo sinistro è in uno stato d' ipertrofia cui non partecipa punto il lobo destro. Nel primo caso si può prenderlo per un tumore dello stomaco, e nel secondo per un tumore di questo stesso stomaco o della milza. Ma coll' attenzione e coll' abitudine si riesce le più volte a distinguere questi varj casi. Infatti, i tumori formati dallo stomaco si prolungano rarissime volte dietro le costole; esse hanno in generale una mobilità più o meno grande. I tumori epigastrici formati dal fegato possono essere quasi sempre seguiti dietro le costole; limitansi esattamente dal lato dell' i-

pocondrio sinistro, mentre a destra si sentono sparire insensibilmente, senza che sia possibile dire ove finiscono. Essi sono generalmente molto meno mobili dei tumori dello stomaco. Lo stato delle digestioni può pure servire a chiarire il diagnostico, però in modo secondario; poichè in un gran numero di affezioni croniche del fegato avvi simultaneamente gastrite, e inoltre, colla sua sola presenza nell' epigastrio, il fegato può comprimere lo stomaco ed impedirne le funzioni. Rispetto ai tumori formati dalla milza, la loro direzione, il più delle volte obliqua d' alto in basso e da sinistra a destra, e il loro punto di partenza possono distinguerli, nel maggior numero de'casi, da tumori dell'ipocondrio sinistro costituiti dal lobo sinistro del fegato.

Il fegato può ben anche occupare altri punti dell' addomine ed esservi riconosciuto mediante il tatto. Fu veduto occupare la regione ombellicale, i fianchi, toccare la cresta iliaca, discendere anche fin presso al pube, ed occupare perfino quasi tutto l' addomine. I casi in cui esso è separato uno o due traversi di dito soltanto dalla cresta iliaca destra non sono rarissimi, quelli in cui si avanza fin verso l' epigastrio, sono assai meno comuni.

Due circostanze principali si oppongono perchè in un gran numero di casi sentasi il tumore che il fegato forma in uno de' punti ora indicati. La prima di queste circostanze è l' esistenza di uno spandimento notabile di liquidi nella cavità del peritoneo; la seconda è la distensione dell' intestino grasso, sia per mezzo di materie fecali, sia per mezzo di gas. Cessando questa distensione mediante evacuazioni naturali o sollecitate, cominciasi a sentire distintamente un tumore che

fino allora era stato insensibile, o che, per lo meno, aveva potuto sol vagamente essere sospettato.

Il fegato può formare un tumore, sia all' epigastrio, sia nell' uno o nell' altro ipocondrio, senz' essere realmente aumentato di volume. Ciò succede quando uno spandimento formato nella pleura destra è assai notabile da ricalcare al basso il diaframma, e ad un tempo il fegato, il quale allora fa una prominenza più o meno grande sotto le costole. Ciò avvien pure quando un tumore, sviluppato nell'addomine, presso al fegato, e formato, sia a spese degli organi, sia delle porzioni di peritoneo che li separano, tende ad occupare il posto che il fegato ordinariamente riempie. In un caso, esempligrazia, da noi altrove citato con maggiori particolarità, un tumore encisto, sviluppato fra il rene e il fegato, aveva cagionato in quest' organo una specie di moto simile a quello di altalena, in virtù di cui il fegato, respinto dall' ipocondrio destro, e fortemente inclinato d' alto in basso, da destra a sinistra, e d' indietro in avanti, faceva, durante la vita, una prominenza notabile nell' ipocondrio sinistro. Si riconobbe bene, che il tumore era formato dal lobo sinistro del fegato, e, oltre a ciò, era naturale il pensare che questo lobo fosse così rilevato unicamente per essere il suo volume notabilmente aumentato; il che però non era, come ci dimostrò l' autopsia del cadavere.

Non solo i tumori dello stomaco, della milza, del peritoneo periepatico, dell' epiploon gastro-epatico, possono alcuna volta apparire tumori spettanti allo stomaco, ma vi sono pure de' casi in cui organi situati assai lungi dal fegato nel loro stato normale, possono, gonfiandosi e sviluppandosi, avvicinarsi agl' ipocondrj, occuparli e costituirvi tumori che sembrino dipendere

dal fegato. In una donna attaccata da un'idropisia encista all'ovaia, il tumore aveva la disposizione seguente: nella regione iliaca, dal lato destro, sentivasi un corpo duro, ineguale, gibboso, lo si seguiva obliquamente di basso in alto, e da destra a sinistra, fin verso l'ombellico, ove esso cessava di essere sensibile. Al disopra dell'ombellico l'addomine aveva la pieghevolezza del suo stato fisiologico. Ma, nell'estensione di alcuni traversi di dito, al disotto del margine cartilaginoso dei due lati sinistri, esisteva un secondo tumore, costituito da un corpo che sembrava essere irregolarmente tondeggiante, senza ineguaglianza alla superficie. Questo corpo pareva prolungarsi dietro le coste. Esso rassimigliava al tutto, nella sua forma, nella sua situazione e ne' suoi rapporti, al lobo sinistro del fegato sviluppato contro natura. Tale fu, infatti, il diagnostico che venne dato. Poco dopo la venuta del malato allo spedale, il tumor inferiore essendosi di molto accresciuto, e la sua natura non apparendo dubbiosa, venne praticata l'operazione della paracentesi, in modo da penetrare nell'interno del tumore, riguardato qual idropisia encista dell'ovaia. Ne scolò una quantità grande di liquido, il tumore della regione iliaca si affondò, e in pari tempo, cosa notabile, il tumore dell'ipocondrio destro che sembrava non avere rapporto alcuno coll'inferiore, cangiò posizione, e discese a livello dell'ombellico. Allora esso cessò di essere riguardato come appartenente al fegato; più non pareva essere che una connessione del tumore della regione iliaca, e pareva spettasse all'idropisia dell'ovaia onde costituiva, a così dire, una loggia. Ma, in questo caso, perchè esso aveva occupato fino allora l'ipocondrio sinistro, e perchè aveva cangiato subitamente posizione dopo la puntura? Ciò po-

tevasi spiegare. Potevasi concepire, infatti, che prima di questa operazione, la parte superiore del tumore dell' ovaja fosse tenuta sollevata, e quasi sostenuta in uno degl' ipocondrj dalla parte inferiore, distesa da una quantità grande di liquido: evacuato che fu questo, il tumore dell'ipocondrio doveva necessariamente cangiar posto. L' ammalato soccombette, e il diagnostico potè essere verificato. L' autopsia del cadavere mostrò infatti le lesioni seguenti:

Intime aderenze univano il peritoneo delle pareti addominali con quello che ricopre i visceri; immediatamente dietro queste pareti mostravasi un enorme tumore che riempiva l'ipogastrio, l'ombellico, le due regioni iliache e i due fianchi, tutto l' ipocondrio sinistro da esso occupato fino al livello della quinta costa, e una parte dell'epigastrio e dell' ipocondrio destro; esso respingeva vivamente in alto il fegato che risaliva fino alla quarta costa, e lo stomaco che trovavasi posto al livello di questo viscere. Innanzi ad esso prolungavasi l' epiploon scirroso; nel fianco sinistro vedevasi il colon discendente ed alcune circonvoluzioni dell'intestino tenue, di cui la maggior parte era nascosta dal tumore. Staccavasi agevolmente dalle varie parti che sono in relazione con esso, e alle quali era unito soltanto da aderenze cellulose poco intime. Al basso esso attenevasi alla matrice per mezzo della tromba destra e del legamento ovario dello stesso lato. Più non trovavasi traccia alcuna dell'ovaja destra, la sinistra era intatta. Esso presentava, a così dire, tre parti distinte: l' una, situata nell' ipocondrio sinistro e nell' epigastrio, sembrava formata da un tessuto duro e solido; l' altra, posta nel fianco e nella fossa iliaca destra, presentava lo stesso

aspetto. Finalmente la porzione che occupava l' ombellico e l' ipogastrio, e che riuniva i due precedenti, era molle e renitente, e pareva formata da una borsa piena di liquido; incidendo questa terza porzione vedevasi colarne una quantità grande di un liquido grigio, purulento e senza odore. La cavità che lo conteneva poteva ammettere per lo meno la testa di un feto a termine. Dalla faccia interna delle sue pareti elevavansi otto a dieci tumori, aventi, termine medio, il volume di un arancio. Incisi, presentavano tutti un tessuto analogo; erano migliaia di filamenti sottili, rossi o bianchi che incrocicchiandosi in mille modi diversi, lasciavano fra di loro delle areole riempiute da un liquido senza colore in alcune, rosso o brunastro; nelle altre, e avente molta relazione, per la sua consistenza, tenacità, e il suo modo di filare fra le dita, col muco delle fosse nasali. Le più grandi di queste areole potevano ammettere una nocciuolina; le più piccole appena avrebbono potuto contenere una testa di spillo di mediocre grossezza. Sarebbe, penso io, assai difficile paragonare questo tessuto con alcuno di quelli fino ad ora descritti. In alcune parti pareva rassomigliarsi allo scirro rammollito; in altre, al tessuto erettile accidentale; si sarebbe detto in questi ultimi punti simile ad un pezzetto di milza vuota di sangue e assoggettata a ripetute lavature.

Un tessuto affatto simile componeva le altre due parti del tumore.

Esso era tutto inviluppato da una membrana grossa, manifestamente fibrosa. La sua faccia esterna era ricoperta dal peritoneo; l'interna, esaminata nella gran borsa, era rugosa, di un color rosso feccia di vino, coperta da uno strato albuminoso, membraniforme, si-

mile a quello che veste le pareti delle caverne polmonari. Esso presentava, inoltre, un numero grande di piccole granulazioni bianche del volume di un grano di miglio, e che rassomigliavano molto alle granulazioni elevantisi dalla faccia interna di molte idatidi note sotto il nome di acefalocisti.

Potevasi agevolmente dividere questa membrana in un gran numero di foglietti soprapposti gli uni agli altri. In alcuni punti il foglietto più interno presentava una colorazione di un nero carico, sotto forma di larghe piastre o di lunghe strie.

Così il grande epiploon come le porzioni del peritoneo, che dopo aver coperto i fianchi si portano dinanzi alla colonna vertebrale per costituire il mesenterio, erano trasformati in masse cancerose dense; incise, esse presentavano in molti punti un tessuto bianco, opaco, che numerose linee rossastre percorrevano (tessuto encefalico allo stato di crudezza). In altri punti più non trovavasi che una specie di detrito rossastro ed anche vere effusioni sanguigne (tessuto encefalico rammollito). Altrove al tessuto bianco e duro, da noi descritto, trovavasi misto un tessuto giallastro e friabile che agevolmente schiacciavasi sotto le dita, come solfato di calce saturato di acqua (materia tubercolosa).

L' utero era perfettamente sano.

Il fegato presentava nel suo interno tre o quattro piccole masse cancerose, formate dal tessuto encefalico ancor crudo, avente ciascuna presso a poco il volume di una nocciuola.

La faccia interna dello stomaco era pallida; la sua mucosa sana.

I polmoni, perfettamente crepitanti, e di un bel

bianco roseo, scendevano da ciascuna parte sol fino al livello della quarta costa. — Cuor sano, pieno di sangue nero e liquido.

13.° Se dopo aver passato in rassegna le differenti varietà de' tumori che il fegato può formare sensibili al tatto, cerchiamo quali siano le malattie del fegato in cui mostransi principalmente questi tumori, non potremmo porre, su questo soggetto, regola alcuna costante. Da una parte, infatti, non avvene quasi alcuna, in cui la forma del fegato non possa essere modificata in modo che ne risulti un tumore riconoscibile durante la vita; d'altra parte, tutte le affezioni del fegato possono nascere, svilupparsi, percorrere i loro varj periodi senza che l'organo aumenti abbastanza in volume da costituire un tumore.

Ne' casi di semplice congestione sanguigna, sia attiva e prodotta da uno stimolo vitale, sia legata ad un ostacolo meccanico alla circolazione, il fegato può gonfiarsi abbastanza da essere sentito nell'ipocondrio e all'epigastrio. Questa tumefazione è alcuna volta rapidissima, sovente ben anche la si vede sparire con quella prontezza con cui erasi formata, sia spontaneamente, sia in conseguenza di emissioni sanguigne più o meno copiose. Vi sono degli ammalati in cui l'ipocondrio destro gonfiasi a questo modo, poi riprende prestamente la sua cedevolezza, e ciò a più riprese. Queste specie di tumefazioni intermittenti del fegato osservansi soprattutto nel corso di certe affezioni organiche del cuore. Esse d'altronde non sono accompagnate nel più dei casi da verun altro turbamento nelle funzioni del fegato; non apparisce nè dolore, nè traccia d'itterizia. Alcuna volta cionnondimeno gli ammalati accusano una sensazione penosa, una specie di pesantezza verso

l' ipocondrio, e una lieve tinta gialla spargesi sopra la loro pelle. Dopo essersi così mostrata e dileguata, la tumefazione può restar permanente, e ciò che da prima era una semplice congestione sanguigna passeggiera, può divenire insensibilmente una grave alterazione di tessitura.

Sarebbe assai difficile, per mio avviso, il porre una linea rigorosa di demarcazione, nel fegato, come in ogni altra parte, fra il più alto grado di una semplice congestione attiva e l'infiammazione propriamente detta. Questa può esistere, sia allo stato acuto, sia allo stato cronico, senza produrre alcuna specie di tumore; e se ad un tempo non esiste dolore, il diagnostico sarà oscurissimo. Ma in un gran numero di casi l'epatite acuta trae seco la tumefazione del fegato, e questo può allora essere sentito nell' ipocondrio. Questa tumefazione d' altronde può esistere, formarsi rapidamente con o senza dolore, con o senza itterizia. Alcuna volta essa dura sol pochi giorni e sparisce. In altri casi continua per più settimane, e anche per più mesi, e si dissipa dopo un certo tempo. È d' uopo ammettere in tal caso esservi stato solo un ingorgamento, senza vera alterazione di nutrizione. Questa tumefazione, per ingorgamento infiammatorio dell'organo, può essersi formata rapidamente, ed essere poi restata stazionaria, oppure essa non isviluppasi che in modo insensibile. Nel primo caso l'epatite, acuta nel suo principio, passa solo secondariamente allo stato cronico; nel secondo caso essa è primitivamente cronica. Questi varj ingorgamenti del fegato meritano tanto più la nostra attenzione in quanto che essi sono certamente il punto di partenza di un gran numero di affezioni organiche, sia ipertrofia e indurimento della sua sostanza, sia de-

generazione cancerosa, ec. Questi ingorgamenti sanguigni, acuti o cronici, senz' altra alterazione, possono essere combattuti con vantaggio mediante varj mezzi terapeutici; mentre questi ultimi sembrano essere il più delle volte senza efficacia contro la maggior parte delle alterazioni di tessitura, delle quali l' ingorgamento infiammatorio del fegato è pur stato il punto di partenza. Per non avere sufficientemente distinto questi differenti casi, i medesimi rimedj adoperati con successo onde far isvanire parecchi tumori del fegato, non riuscirono di alcun effetto in altri casi che in apparenza erano identici.

In questi casi di semplici ingorgamenti (*) del fegato, il tumore da esso formato presenta una superficie liscia, senza gibbosità e senza avvallamenti. Può avvenire lo stesso con altre alterazioni di tessitura. Ma, oltre a ciò, in questo caso osservasi sovente qualche altra normalità. Così, nel caso in cui il tessuto del fegato è indurito, esso presenta sovente alla sua superficie numerose ineguaglianze risultanti dal non essere in tutti i punti in uno stato d' ipertrofia uniforme. Quando masse cancerose si sono sviluppate nel parenchima epatico, il tatto fa riconoscere, più sovente che in alcun'altra affezione del fegato, numerose gibbosità che sollevano le pareti addominali. Ma, ciò che è notabile si è, che succede sovente, dopo un tempo più o meno lungo, la sparizione di siffatte gibbosità; il luogo da esse occupato incavasi veramente, e, in luogo di un'elevazione il tatto

(*) La struttura del fegato qual fu precedentemente indicata, rende ragione della facilità con cui possono effettuarsi tali ingorgamenti, e della loro frequenza; essa spiega pure il rapido aumento in volume che l' organo può acquistare.

discopre un avvallamento. Ciò indica un progresso funesto della malattia; dove si ravvisa una depressione subentrata ad una elevazione, si può assicurare che una massa cancerosa andò sottoposta ad un rammollimento notabile.

Vasti ascessi possono formarsi nel fegato, senza che la loro presenza sia accompagnata da alcuna tumefazione dell'organo, sensibile al tatto. Altre fiate esiste bensì un tumore nell'ipocondrio, ma questo tumore non presenta altri caratteri oltre quelli che spettano ad un semplice ingorgamento sanguigno del fegato. Questo è, a parer mio, il caso più comune. In altre circostanze l'ascesso, affatto superficialmente situato, non ha per parete, davanti, che uno strato sottilissimo di sostanza del fegato, la quale trovasi in contatto immediato colle pareti addominali. Allora, mediante una pressione convenientemente esercitata, si può riconoscere dietro queste pareti l'esistenza di una cavità piena di liquido; intorno a questa si sente sovente un corpo duro che è la porzione del parenchima attorniante l'ascesso.

Le idatidi sviluppate nel fegato vi sono contenute in un sacco con pareti fibrose, che sporge sovente all'esterno dell'organo e che il tatto può riconoscere. Il tumore che ne risulta solleva ordinariamente un punto delle pareti addominali ed è riconoscibile ad occhio nudo. Palpandolo e premendolo in più sensi si è sorpreso della sua estrema resistenza, e della sua grande elasticità, il che sta in rapporto colla sua composizione anatomica. Questi caratteri esterni mi sembrano talmente decisi che possono far riguardare almeno come affatto probabile che il tumore sensibile alla vista e al tatto, nell'ipocondrio destro, e che sembra continuarsi

dietro le coste, sia attribuibile allo sviluppamento di un sacco idatidico. Questa specie di tumore quando è esente da ogni complicazione, può esistere lungamente senza cagionare dolore, senza impedire visibilmente le funzioni del fegato, senza determinare alcun turbamento simpatico nell'economia, senza accendere la febbre, e senz'alterare il moto nutritivo generale. Queste circostanze possono pure contribuire a chiarire il diagnostico.

Io ho osservato allo spedale una notabile terminazione di questi tumori, vale a dire, la trasformazione del sacco idatidico in foco purulento. Il malato aveva presentato per lungo tempo, presso l'epigastrio, immediatamente sotto il lembo cartilaginoso delle coste destre, un tumore globuloso, eminentemente elastico, avente il volume di un arancio, senza dolore, senza cangiamento di colore alla pelle e con conservazione della salute generale. Questo tumore ci parve essere un sacco d'idatidi. Dopo un certo tempo esso divenne sede di un dolore in prima vivo, poi lancinante ad intervalli: i lineamenti del volto si alterarono; un moto febbrile si stabilì, l'ammalato dimagrò molto; sopravvenne una copiosa diarrea, ma lungo tempo dopo l'apparizione de' varj sintomi ora enumerati, e l'ammalato soccombette.

Fatta la sezione del cadavere, trovossi sulla faccia superiore del lobo sinistro del fegato un tumore che corrispondeva al punto in cui erasi sentito durante la vita traverso le pareti addominali. Inciso questo tumore, ne scolò in copia grande un pus verdastro, senza odore, in mezzo a cui nuotavano idatidi rotte e lacerate, molte non esistevano che in frantumi. Quasi tutto il lobo sinistro del fegato era occupato da una cavità

grande, in cui erano contenuti il pus e le idatidi che l'incisione aveva fatto scolare.

Noi pensammo dovere ammettere che il tumore valutabile durante la vita, era stato da principio formato da un semplice sacco d'idatidi; più tardi questo sacco erasi infiammato; la sua superficie interna, in vece di esalare della sierosità aveva separato del pus; e allora soltanto erasi mostrato quel complesso di sintomi gravi, in mezzo a' quali il soggetto morì. Lo stato delle idatidi era notabile. È verisimile che avessero cessato di vivere, quando il pus aveva cominciato ad attorniarle. Ho trovato un'altra volta frantumi d'idatidi in mezzo ad un ascesso encistico del peritoneo; e, a questa occasione, ricorderò, aver nel tomo secondo di quest'Opera citato casi in cui materia tubercolosa era stata depositata intorno ad idatidi, e aveva a poco a poco invaso la cavità primitivamente occupata da questi animali.

Altri tumori occupanti l'ipocondrio sinistro dipendono da varie alterazioni della vescichetta del fiele; se ne parlerà altrove.

14.° La percussione della parte inferiore destra del torace non vuol essere trascurata fra i mezzi che possono praticarsi onde scoprire il volume del fegato. Vi sono de' casi in cui, nel tempo stesso che questo organo forma tumore nell'ipocondrio destro, all'epigastrio, o in altri punti dell'addomine, esso ricalca fortemente in alto il diaframma, risale più dell'ordinario nella cavità toracica, applicasi più esattamente contro le coste, e non permette più al polmone d'interporsi fra esso e queste. Allora il suono delle pareti toraciche, in tutta la loro parte inferiore destra, è affatto muto e più esteso dell'ordinario; talvolta ben anche il lobo sinistro del fegato sviluppandosi sempre più, viene ad

applicarsi contro le ultime costole sinistre, e vi produce un suono fioco simile a quello che la milza enfiata determina più sovente in questa parte. Ciò che non devesi obbliare si è che il fegato può a questo modo svilupparsi notabilmente, sia in alto verso il petto, sia lateralmente nella sua parte sinistra, senza oltrepassare le coste, talchè allora l'aumento del suono fioco ne' punti indicati è la sola circostanza che possa far riconoscere l'aumento di volume del fegato.

In altri casi, pel contrario, il suono della parte inferiore destra del torace è più chiaro dell'ordinario. Ciò avviene ne' casi in cui siavi diminuzione di volume del fegato, e questo genere d'indicazione non è da trascurarsi, quando altri segni fanno luogo a temere l'esistenza di siffatta lesione.

15.° Il liquido separato dal fegato sembrerebbe dover essere alterato, quando avvi lesione di quest'organo. Pure non è sempre così. Vi sono de' casi in cui, il fegato essendo stato lungo tempo e gravemente ammalato, la bile non presenta, sia nella sua quantità, sia nelle sue qualità alcuna modificazione che sia almeno per noi valutabile. D'altra parte trovasi alcuna volta la bile notabilmente alterata, quantunque la lesione del fegato che vi ha potuto contribuire, ne sfugge interamente. Assai frequentemente, per modo d'esempio, io non ho incontrato nella vescichetta del fiele che un liquido acquoso od albuminoso, tinto di un lieve color giallastro; la superficie interna de' canali biliari non era colorita in giallo come per l'ordinario; essi contenevano un poco di liquido simile a quello della vescichetta. Io ho trovato questo stato della bile ne' tre casi seguenti: 1.° quando eravi degenerazione adiposa del fegato, come se la secrezione della bile fosse allora sup-

plita da quella di una materia guasta; 2.° in alcuni casi di atrofia del fegato portata ad alto grado; 3.° in alcuni altri casi in cui eravi ipertrofia, indurimento del parenchima epatico, sviluppamento di cirrosi o di granulazioni rosse. È verisimile che in questi varj generi di lesioni organiche l' elemento anatomico concorrente alla secrezione della bile trovisi compromesso. La bile mi parve allontanarsi assai meno sovente dal suo stato naturale, almeno in apparenza, ne' casi in cui produzioni accidentali, come, pus, cancro, tubercolo, idatidi, esistevano nel fegato, anche ne' casi in cui queste produzioni occupavano più della metà e perfino tre quarti della totalità del parenchima epatico. Pel contrario, in molti individui morti di varie malattie acute o croniche, estranee all' apparecchio biliare, e ne' quali mi parve che il fegato si trovasse nel suo stato normale, ho veduto questa stessa bile sierosa e nella vescichetta e ne' principali canali; essa pareva non essere più d' altro composta che di acqua, di albumina e di una piccola quantità di materia colorante gialla. La cognizione di questi fatti non mi pare manchi di ogni importanza. Essa tende ad innalzare, se così mi è dato di esprimermi, al posto delle idee positive un' opinione la quale, in Inghilterra specialmente, conta a' nostri dì numerosi fautori, e giusta la quale riguardasi un certo numero di alterazioni della digestione come dipendenti da un vizio di secrezione della bile. Gli è perchè, come dicesi, questa non cola più nel duodeno o vi giugne solo estremamente alterata, che in molti individui avvi 1.° modificazione nel numero e nelle qualità delle evacuazioni alvine che sono rare, scolorite, troppo consistenti, ec.; 2.° verisimilmente chilificazione imperfetta, e conseguentemente cattiva nutrizione, marasmo, ec.

Questa opinione parmi che debba cessare di essere considerata qual semplice ipotesi, ove sia provato che in un certo numero di casi, la bile è realmente modificata nelle sue qualità in modo sensibilissimo. Ora, ecco ciò che da' fatti sopra citati risulta. Ma questa trasformazione quasi compiuta della bile in acqua e in albumina, non è verisimilmente la sola alterazione cui possa andar soggetta, bensì la più evidente. Ciò che almeno avvi di certo si è che ne' cadaveri trovansi le più grandi differenze nell' aspetto della bile della vescichetta rispetto al suo colore il quale varia dal giallo chiaro fino al nero più intenso, rispetto alla sua consistenza la quale presenta tanti gradi, dallo stato di acqua colante fino a quello in cui rassomiglia ad uno sciloppo assai denso e quello in cui rendesi finalmente solida. Vi sono certe bili che poste in contatto colla pelle, vi eccitano la sensazione ingrata di un calore acre e di pungimento, e sotto questo aspetto sono note le sperienze di Morgagni il quale, avendo posto nel tessuto cellulare di molti animali della bile raccolta da varj animali, trovò che in certi casi essa opera solo come semplice corpo estraneo là dove essa è depositata e che dal suo assorbimento non ne viene effetto alcuno nocivo, mentre in altri casi ha un' azione eminentemente deleteria. Sarebbe a desiderarsi che queste esperienze venissero ripetute e continuate. Noi sappiamo sì poco come la bile operi onde cooperare all' atto della digestione, che ci è impossibile prevedere quale specie d'influenza possa sopra di questa esercitare un cangiamento nella qualità della bile, nelle proporzioni o nella natura de' suoi elementi. Una modificazione che ci sembra notabilissima ha forse poca influenza; un' altra che ci pare meno grave, ha forse

un' importanza assai maggiore al perfetto compimento della digestione.

Posti questi fatti, sta egli in potere dell'arte il ristabilire nella sua integrità la secrezione della bile? E a questo scopo di quai mezzi è egli mestieri valersi? Si osservi che in molti casi in cui l' aspetto della bile presentato nel cadavere non sembra essere che quello del suo stato normale, il fegato stesso va esente da alterazioni valutabili; pare soltanto che, in virtù di qualche modificazione latente nelle sue proprietà vitali e nella sua costruzione molecolare, abbia perduto la facoltà di separare dal sangue gli elementi della bile nelle loro proporzioni ordinarie. I medici inglesi affermano che rendono al fegato questa proprietà, e per conseguenza, ristabiliscono il corso della bile, 1.º irritando con purgativi convenientemente amministrati la membrana mucosa intestinale, 2.º amministrando il mercurio dolce il quale, giusta la loro opinione, esercita un' azione particolare sulla secrezione del fegato. A questo modo, così dicono eglino, rendonsi le dejezioni alvine regolari, ristabilisconsi le digestioni depravate, si riproducono la freschezza e la floridezza delle carni, ec. Quindi questi medesimi disordini funzionali, che nella scuola di Broussais vengono riguardati quale effetto delle varie gradazioni della gastro-enterite, riguardansi altrove come dipendenti da un semplice vizio di secrezione della bile e vengono combattuti con successo, a quanto dicesi, mediante mezzi che dovrebbero necessariamente inasprire la gastro-enterite, ov' essa esistesse.

La convinzione de' medici inglesi relativamente alla verità della loro teorica ed all' efficacia della loro pratica è tale, che sembrami esservi per ogni mente razionale soggetto di dubbio e per conseguenza di esame. Se

prima di avere sperimentato si volesse risolvere la quistione, si sarebbe, penso io, assai imbarazzato. Infatti, è forse la teorica che vorrebbesi interrogare? Quella de' medici della Gran Brettagna fondasi sopra idee fisiologiche tanto sane e sì adottabili come la teorica data da Broussais. Vorrebbesi egli trar luce dall'anatomia patologica? Neppur questa verrebbe a risolvere la questione, perchè essa mostra a chi ne fa la ricerca, tanto delle alterazioni valutabilissime nelle qualità della bile, quanto delle infiammazioni intestinali. Conterannosi, per ultimo, i successi de' due metodi terapeutici? La difficoltà non farà altro che accrescersi, poichè in Inghilterra si sono scritti tanti libri, vennero prodotte tante osservazioni in favore dell'uso del calomelano, de' varj purgativi ec. per far cessare certe alterazioni delle funzioni digerenti, quanti furono in Francia i fatti pubblicati a sostegno dell' uso degli antiflogistici in pari circostanza. Secondo la mia opinione personale, io penso che se si facesse uno studio sperimentale comparativo di questi due metodi terapeutici, si riuscirebbe a questa conchiusione che l'uno o l'altro vuol essere adoperato a seconda de' varii casi. Ciò che qui posso almeno affermare si è, di aver sovente veduto che l'amministrazione de' purgativi faceva cessare prontamente certe turbazioni della digestione, caratterizzate specialmente da anoressia o da una grande irregolarità di appetito, da un imbarazzo o da pesantezza all'addomine che prolungavasi lungamente dopo l'introduzione degli alimenti nello stomaco, da borborigmi incomodi, da evacuazioni alvine alternativamente troppo frequenti o troppo rare. Eranvi ad un tempo mal essere generale abituale, stato di languore fisico e morale, colore della faccia giallastro, occhi sparuti, lingua sporca. I casi di questo

genere in cui ho veduto i purgativi a riuscire sono troppo numerosi perchè mi sia possibile riguardarli come eccezioni. Infatti l'utilità de' purgativi sembrami cosa dimostrata in certi casi morbosi delle vie digerenti, che per ciò stesso non mi pare si possano ascrivere ad uno stato infiammatorio. In teòrica i vantaggi di siffatta medicazione potrebbono essere spiegati da un vizio di secrezione sia della bile, sia del muco intestinale. Non v'ha dubbio che allora avvi nell'organo secretore una qualche alterazione. Ma quando si afferma che questa alterazione è necessariamente un'irritazione, non si oltrepassano forse i limiti della esatta osservazione de' fatti, non operasi ben anche contro tale osservazione?

Le modificazioni nelle qualità della bile ond' è discorso, non sono le sole alterazioni, la cui esistenza sia stata da me sui cadaveri comprovata. In un gran numero di autopsie mi ha soprattutto colpito una circostanza, vale a dire, la quantità prodigiosa di bile che riempie il canal intestinale in certi individui, i quali durante la vita hanno avuto un' abbondante diarrea. Quanto al fegato, esso allora non presenta alcuna alterazione valutabile, ma è solo ingorgato di bile. Il canal intestinale è talvolta gravemente affetto e la sua membrana mucosa infiammata, disorganizzata, ulcerata; tal' altra, pel contrario, non presenta alcuna lesione valutabile, salvo una lieve lesione de' vasi serpeggianti nella membrana mucosa o sotto di essa; talchè se nel primo caso si può dire con Broussais che il flusso bilioso è stato consecutivo all' irritazione intestinale, questo vincolo non è manifesto nel secondo caso. Invocando la suscettività individuale, dicendosi che l'irritazione primitiva stabilitasi su l' intestino è sparita in

questo producendo una metastasi sopra il fegato, non si fa, a mio giudizio, che eludere l'obbjezione con una ipotesi; d'altronde, e'non si potrebbe pur sostenere che l'injezione vascolare trovata in alcuni punti degl' intestini, lungi dall' essere traccia di un' infiammazione primitiva produttrice del flusso bilioso, sia, pel contrario, un effetto di questo? Non è egli infatti sommamente possibile che l' eccessiva quantità di bile che, in un dato tempo, trovasi in contatto colla membrana mucosa intestinale, divenga per questa una causa d' irritazione? Non v' ha dubbio d' altronde che un eccitamento poco intenso del canal digerente, come quello, per esempio, prodotto da un lene purgante, non basti sovente per far luogo ad uno scolo di bile copiosissimo. Questo effetto determinato spesso da' purgativi, non potrebb' egli alcuna volta riuscire di sommo vantaggio in certi stati morbosi dell'economia? Se veggonsi molte malattie risolversi nel tempo stesso che un processo flussonario si stabilisce sulla pelle, sui reni, sulle glandule salivari, perchè mai questo medesimo processo stabilito sul fegato non avrebbe pur esso in alcuni casi la sua utilità? Perchè mai non provocherebbesi artificialmente, a quel modo che provocansi i sudori, l' orina, la salivazione?

16.° Sia che la bile continui a colare nell' intestino, sia che essa più non vi pervenga, veggonsi in un gran numero di affezioni del fegato ed anche in certi casi in cui non iscopresi una malattia reale di quest' organo, i differenti tessuti interni ed esterni colorarsi di un giallo che presenta varie gradazioni; quindi ne risulta l' itterizia, malattia la cui natura e le cui cause mi sembrano ancora molto oscure: i fatti e le considerazioni che

qui seguiranno non mancheranno forse di utilità per chiarirne la storia.

Verifichiamo da prima quale sia lo stato del fegato nel caso d' itterizia.

Nell' apparecchio biliare non avvi che una sola lesione, la quale sia legata costantemente all' esistenza dell' itterizia, vale a dire, l' ostruzione de' canali epatico o coledoco. Io qui non faccio altro che rimembrarla, dovendo più tardi indicarne le cause e le principali varietà.

In altri casi, i canali biliari si trovano, dopo la morte, liberi; e durante la vita, la natura delle dejezioni alvine non lascia dubitare che essi fossero pur liberi. Cionnondimeno avvi itterizia, e, per ispiegarla, vi si riconoscono varie affezioni del fegato. Ma in questo caso non si può più stabilire una regola costante, come nel precedente. Infatti: 1.° tutti possono essere ugualmente accompagnati da itterizia, sia il semplice ingorgamento sanguigno del fegato, siano i varj gradi d' ipertrofia e di atrofia delle sue due sostanze, o di una sola fra di esse, sia il suo rammollimento od induramento, sia la sua suppurazione, sia la sua degenerazione cancerosa o tubercolosa ec.: 2.° non si può dire che l' una di queste affezioni coincida più sovente coll' itterizia delle altre: 3.° furono vedute esister tutte senza itterizia. Questa adunque non è conseguenza necessaria di alcuna di esse; fanno mestieri altre condizioni perchè ciò apparisca.

In alcuni itterici il fegato e le sue dipendenze vanno esenti da qualunque alterazione valutabile; trovansi però delle lesioni in alcuni organi la cui irritazione ha potuto propagarsi al fegato, sia per continuità o conti-

guità del tessuto, sia per simpatia. Io ho comprovato soprattutto l'esistenza delle tre seguenti lesioni: 1.° di una duodenite acuta o cronica in diversi gradi: 2.° di una infiammazione della pleura diaframmatica dal lato destro: 3.° di una flemmasia del cervello o delle sue membrane. Questo terzo genere di lesione coincide assai più rare volte delle due prime, con una itterizia.

Finalmente, in molti casi d'itterizia non trovasi alterazione alcuna nè nel fegato, nè nelle sue dipendenze, nè negli organi i quali, dipendentemente dalla loro situazione o dalla loro natura, possono esercitare alcuna influenza su l'apparecchio epatico. Fra gl'individui che trovavansi in questo caso, eranvene alcuni ne'quali la prima malattia era stata l'itterizia. Eglino eransi fatti gialli senz'essere d'altronde stati soggetti a verun altro accidente morboso. Questa giallezza continuava in essi da otto giorni ad un mese, quando un'altra affezione li trascinava tutto ad un tratto al sepolcro. Io possiedo tre osservazioni di questa natura: nella prima, la morte fu il risultamento di una emorragia cerebrale; nella seconda essa provenne da una peritonite acuta; nella terza la morte avvenne repentinamente, senza che l'autopsia del cadavere abbia mostrato lesione alcuna valevole a renderne ragione. In questi due casi la totale scolorazione delle evacuazioni alvine annunziava che, durante la vita, la bile aveva cessato di giugnere nel duodeno; nel terzo caso le dejezioni alvine eransi mantenute costantemente gialle.

Che se ora cerchiamo le circostanze in cui, durante la vita, vedesi apparire l'itterizia, e che possono avere qualche influenza alla sua produzione, troveremo specialmente le seguenti:

1.° Molte affezioni acute o croniche del fegato, sve-

late da varj ordini di sintomi; talvolta l'itterizia regna per tutto il corso di queste affezioni; tal'altra essa non accompagna che un periodo della loro esistenza.

2.° Una gastro-enterite acuta o cronica.

3.° Nessuna malattia antecedente; ma una emozione morale viva, un grande spavento, una gran collera ec. Allora l'apparizione della itterizia è sovente istantanea. Quale ne è, in tal caso, la cagione? Forse l'emozione morale ha determinato una duodenite? Ciò è per lo meno assai dubbioso, ed io sarei anzi inclinato ad ammettere che la causa dell'itterizia debb'essere allora ascritta al plesso nervoso tanto notevole e pel suo volume e per la sua doppia origine ne'centri nervosi della vita animale ed organica, che entra nel fegato co' vasi e vi si distribuisce con essi. Chi sa mai se la modificazione subitanea cui questo plesso può nelle sue operazioni andar soggetto, in seguito ad un'impressione morale, non abbia una potente influenza su la secrezione della bile? Consultiamo l'analogia ed essa ci condurrà a risolvere questa quistione affermativamente. Dovunque, infatti, noi veggiamo queste medesime impressioni morali alterare, cangiare le secrezioni, ora accrescerle, ora diminuirle o sospenderle. Veggasi, su questo soggetto, l'influenza esercitata da differenti specie di emozioni su la secrezione delle lagrime, del sudore, della saliva ec.

4.° Alcuni individui, mentre si trovano in un buon stato di salute, vengono assaliti tutto ad un tratto da dolor vivo, lancinante, insopportabile, continuo o ritornante per accessi, avente la sua sede nell'ipocondrio destro presso l'epigastrio. In seguito a questo dolore eglino vengono attaccati da una itterizia la quale dura più o men lungo tempo, poi si dissipa, fino a che un

nuovo dolore ecciti una seconda itterizia. Io penso che in un certo numero di casi sia stata a buona ragione ascritta la causa di questo dolore e dell'itterizia conseguente, ad una concrezione calcolosa nelle vie biliari. Ma ne è questa la causa unica? Vi sono degli individui ne' quali l'itterizia disparve in una al dolore, senza che mai abbiano espulso verun calcolo. Potrebbesi, per vero dire, allora affermare che la concrezione abbia prodotto dolore ed itterizia soltanto a motivo della sua dimora nel canale epatico, e che questi due sintomi abbiano cessato col passaggio del calcolo nel condotto cistico e quindi nella vescichetta; ma allora dovrebbesi esso in questa trovare. Ora, in un individuo che ebbi occasione di dissecare, e che poco prima della sua morte aveva avuto un dolore vivissimo alla regione del fegato unitamente a quest' itterizia, e nel quale l' itterizia continuava ancora quando soccombette, io non ho trovato traccia alcuna di calcolo, nè ne'canali biliari, nè nella vescichetta: quest'individuo, d' altronde, era affetto da aneurisma al cuore. Osserviamo inoltre che assai frequentemente trovansi calcoli grossissimi impegnati nelle vie biliari senza che mai abbiano determinato dolore veruno notabile, e che molti malati ne hanno espulsi assai, senza mai essere stati sottoposti a sensazioni paragonabili in qualche modo a que' dolori vivi e atroci che sotto il rapporto del loro modo di apparizione, della loro durata, dei loro ritorni, della loro natura e intensità, rassimigliano ad una neuralgia avente la sua sede nel plesso epatico. Uno de' suoi effetti più notabili sarebbe di modificare, o meglio, di sospendere la secrezione della bile in modo da produrre l'itterizia. Che vi è mai di sorprendente in ciò, se questo medesimo effetto può essere prodotto

da una semplice emozione morale? Non è egli medesimamente alla sospensione della secrezione del muco intestinale che sembra doversi ascrivere la costipazione dolorosa della colica di piombo, la quale sembra pur essere una neuralgia avente la sua sede in un'altra porzione de' plessi del gran simpatico? Non veggiamo noi pure le più notabili modificazioni nella secrezione delle lagrime, della sierosità esalata per mezzo della congiuntiva, e del muco nasale, accompagnare varie neuralgie della faccia? Finalmente, e' non si può rammentare, come ulteriore prova dell'influenza nervosa su le secrezioni, che presso gli animali i cui nervi del quinto pajo più non comunicano coll'encefalo, la superficie dell'occhio e delle narici sono notabili per la loro estrema secchezza? Se tutti questi fatti dimostrano fino all' evidenza che, sotto l'influenza viziata del sistema nervoso, la maggior parte delle secrezioni vengono assai modificate, dovrassi accordare che possa avvenire il medesimo nel fegato; e se, d' altra parte, i sintomi osservati durante la vita rassomigliano a quelli delle neuralgie onde altri organi sono la sede; se la sezione de'cadaveri non discopre nulla valevole a render ragione di questi sintomi, sarà mestieri confessare che l'opinione da noi enunciata, consistente nel riguardare certe coliche epatiche quai neuralgie, è per lo meno estremamente probabile.

5.° Vi sono degl' individui ne' quali l' itterizia nasce, sviluppasi, e termina senz'essere stata nè preceduta, nè accompagnata da alcun sintomo proprio a rivelare un' affezione del fegato o di un altro organo. Questi individui non si riguardavano come ammalati quando dimenticavano di esser gialli. Il più delle volte, in questo caso, la bile continua a colare nel duodeno, come an-

nunzia la natura delle evacuazioni alvine. Quando ciò succede, l'appetito si conserva, non osservasi nelle digestioni turbamento veruno valutabile, talchè allora avvi pochissima probabilità che l'itterizia abbia avuto il suo punto di partenza in una irritazione delle vie digerenti, ed in particolare nel duodeno, a meno che si ammetta potervi essere duodenite, senza che alcuna specie di sintomo ne annunzj l'esistenza.

Tali sono i principali stati dell'economia ne' quali mostrasi l'itterizia. Fin qui noi non siamo ancora usciti dalla stretta osservazione de'fatti; ma volendosi cercare come mai, all'occasione di uno di questi stati morbosi, esistente nel fegato od in altra parte, accada che una materia colorante gialla venga ad impregnare la maggior parte de' tessuti, ed a mostrarsi in pari tempo nei liquidi, troveremo assai difficoltà da risolvere. Molti medici non esitano a pensare che qualunque itterizia sia prodotta dalla bile, la quale riassorbita nel fegato, entra nel torrente circolatorio, ed è portata col sangue in tutti i tessuti; ma si è lungi dall'avere provato siffatto riassorbimento. Qual fatto lo dimostra, quale analogia autorizza a supporlo ne' casi numerosi in cui l'itterizia accompagna varie malattie organiche del fegato, oppure quando sopraggiunge in seguito a qualche emozione morale? Vedesi forse altrove l'influenza nervosa porre in azione l'assorbimento? Se fosse mestieri scegliere un'ipotesi, darei la preferenza all'opinione che ammette, sopraggiugnere l'itterizia quando il fegato alterato nella sua tessitura o nelle sue funzioni cessa di separare dalla massa del sangue i materiali della bile che vi si suppongono esistenti. Questi materiali, a vero dire, non vi sono stati trovati che negl'individui itterici; ma l'urea non è stata ugualmente in-

contrata che nel sangue degli animali cui sono stati tolti i reni. Venne dato, a quanto mi pare, una legittima interpretazione di questo fatto, dicendo, che la quantità di urea esistente, in via normale, nel sangue, non vi può essere scoperta essendovi in quantità troppo piccola, e venendo eliminata dai reni a misura che essa si forma. Lo stesso può dirsi su l' assenza de' materiali della bile nel sangue, quando non siavi itterizia. Il riassorbimento della bile sembrerebbe più naturale da ammettersi ne' casi d' itterizia in cui avvi obliterazione de' canali biliari. Ma anche in questo caso l' itterizia può spiegarsi in altro modo: la bile cessa allora di essere separata dal sangue, perchè questa separazione non avrebbe alcun risultamento. Nulla più può colare lungo il canale coledoco: il liquido cui questo dà passaggio non si formerà più. E che mai avvi di più sorprendente che di vedere, sotto l'influenza di un' irritazione che opera soltanto all' estremità intestinale del canale coledoco, colare la bile in maggior copia nel duodeno? In ambidue i casi, avvi ugualmente corrispondenza di azioni organiche. Ciò è un' applicazione particolare della legge di sinergia da Barthez stabilita.

È possibile inoltre che in alcuni casi il color giallo della pelle non dipenda dalla presenza della bile nel sangue, ma sì da una specie di ecchimosi generale che accade nello strato reticolare del dermide. Non sarebb' egli forse così in molti casi d' itterizia dei neonati e nella febbre gialla?

ARTICOLO TERZO

FENOMENI MORBOSI RISULTANTI DALL' ALTERAZIONE DELLE VARIE FUNZIONI NELLE MALATTIE DEL FEGATO.

XVII. L' alterazione cui queste funzioni vanno soggette è variabilissima, non solo secondo le differenti affezioni alle quali il fegato può essere soggetto, ma anche in una medesima affezione, secondo il suo stato acuto o cronico, i suoi varj gradi d' intensità, e soprattutto secondo le disposizioni individuali. Fra queste alterazioni di funzioni, alcune sono puramente meccaniche; tali sono le collezioni sierose onde il peritoneo e molte porzioni del tessuto cellulare divengono sede, quando il fegato più non accorda un passaggio sì libero come d' ordinario, al sangue venoso che lo attraversa. Altre alterazioni di funzioni sono il risultamento di varie lesioni organiche che accompagnano quasi sempre le malattie del fegato: l' osservazione dimostra, infatti, che in queste malattie avvi bene spesso complicazione di flemmasia gastro-intestinale, la quale d' altronde talvolta è primitiva all' affezione del fegato, tal' altra secondaria. Altre alterazioni di funzioni vogliono forse ascriversi alle cattive qualità della bile che arriva al duodeno; quindi ne vengono certe turbazioni nella digestione. Altre finalmente sono puramente simpatiche.

I sintomi risultanti da queste varie alterazioni di funzioni sono assai volte più apparenti de' sintomi locali onde si è parlato nell'articolo precedente. Essi possono manifestarsi sia dopo questi, sia prima di essi; possono finalmente esistere soli per tutto il corso della malattia, e allora la loro causa non viene rivelata in modo

sicuro che coll' autopsia de' cadaveri. Veggonsi alcuna volta esistere in modo soltanto intermittente: nel loro intervallo, ora la malattia del fegato resta manifesta, ridotta a pochi sintomi locali; ora questi sono affatto oscuri o nulli. Se l'affezione epatica è ancor poco inoltrata, le carni si mantengono nella loro pienezza, le forze serbansi intatte, e nell'intervallo de' moti febbrili, per esempio, che si esacerbano di tempo in tempo e che sono o no accompagnati da tumefazione e da dolore alla regione epatica, gl' individui godono di una buona salute, e nulla annunzia che in essi un organo qualunque trovisi gravemente alterato. Se, al contrario, la malattia del fegato è più inoltrata, resta nell' intervallo di questi sintomi generali un mal essere abituale, uno stato di declinazione che non lascia dubitare su l' affezione grave di qualche organo importante.

Sonovi finalmente delle malattie di fegato le quali, nella maggior parte di tempo che continuano, non turbano in modo alcuno le varie funzioni. Ciò avviene specialmente ne' casi in cui delle idatidi, anche voluminose, sono sviluppate nel fegato, non essendo, d' altronde, quest' organo andato soggetto ad alcun' altra alterazione. Allora le digestioni non sono alterate, la circolazione mantiensi nel suo stato normale, non avvi dimagramento alcuno, il color della pelle è naturale, e, non essendovi in questo caso il più delle volte dolore veruno, ne segue che per riconoscere la malattia del fegato, non resta quasi sempre che il tumore formato nell' ipocondrio destro dal succo idatifero. Ma questo tumore può anche non esistere. Quindi in più di un caso di questo genere sol dopo la morte si è potuto dubitare che il fegato fosse malato, e sovente non si ebbe materia di sorprendersi nel trovare ampie

borse piene di idatidi nel fegato d' individui ne' quali, durante la vita, niente faceva luogo a sospettare un'affezione qualsiasi di quest' organo.

§ 1. *Alterazione della digestione.*

XVIII. La digestione in varie malattie del fegato è alterata più frequentemente di qualunque altra funzione; da questa alterazione risultano sovente sintomi più gravi e più perniciosi di quelli prodotti dall' affezione stessa dell' apparecchio biliare. Ma qui presentasi una prima quistione a risolversi, quella cioè di sapere, se un gran numero di malattie del fegato non riconoscano per causa, per punto di partenza, un' affezione gastro intestinale. L' osservazione de' sintomi porta ad adottare, su questo soggetto, l' opinione di Broussais, il quale ammette che nel maggior numero de' casi di flemmasia del fegato siavi da prima duodenite. Talvolta ben anche l' autopsia de' cadaveri non ci ha svelato, in alcuni itterici, altra alterazione che quella del duodeno, la quale pareva essersi estesa ai condotti biliari. L' esame delle cause sotto la cui influenza sviluppasi assai sovente l' epatite cronica indurrebbe pure a stabilirne il punto di partenza nel tubo digerente. Dal ristretto delle nostre osservazioni, infatti, risulta che il maggior numero degl'individui morti di epatite cronica, le cui istorie abbiamo raccolte, avevano abusato de' liquori alcoolici (*). Si comprende agevolmente come l' eccitamento abitualmente da questi impresso alla

(*) Non bisogna dimenticare che le osservazioni in quest'opera registrate sono state raccolte sopra individui della bassa classe della società.

membrana mucosa digerente siasi esteso per continuità di tessuto alla membrana mucosa de' canali escretorj della bile, e quindi al parenchima epatico. Inoltre l' esperienza ha dimostrato che l' alcool introdotto nelle vie digerenti di un animale, vi è rapidamente assorbito. Ora le molecole alcooliche portate direttamente nel fegato per mezzo delle vene meseraiche, non possono egli determinare direttamente su quest' organo una potente irritazione? Finalmente sarebbe possibile che, in alcune circostanze, l' irritazione si propagasse dagl' intestini al fegato col mezzo di una infiammazione venosa. Questa opinione è di Ribes. È noto che accurate autopsie hanno insegnato a questo dotto anatomico, essere sovente la risipola accompagnata da una flemmasia delle vene; da ciò egli deduce, non essere impossibile che, in certe infiammazioni gastro-intestinali, le vene nascenti alla superficie della membrana mucosa non siano colpite da infiammazione, che questa si propaghi dalle piccole vene meseraiche al tronco della vena porta, ed estendasi quindi al parenchima del fegato. Noi possediamo due osservazioni che sembrano proprie a confermare questa opinione.

Una di esse si riferisce ad un individuo morto allo spedale durante il verno dell' anno 1826. Egli aveva presentato la maggior parte de' sintomi di una febbre grave continua: sul principio forte reazione generale, pelle ardente ed arida, polso sviluppato, lingua coperta da una patina giallastra con punteggiature rosse; pesantezza epigastrica e diarrea; poi, tensione dolorosa verso la regione del fegato, lieve tinta gialla della congiuntiva e di tutta la superficie cutanea; quindi, prostrazione rapida, lingua secca, denti e lab-

bra fuligginose, evacuazioni involontarie, delirio, e morte.

La sezione del cadavere mostrò: 1.° una injezione punteggiata di poco rilievo verso il gran fondo cieco dello stomaco: questa injezione risiedeva nella membrana mucosa, la quale non era notabilmente rammollita; essa esisteva in piastre sparse, le quali, riunite, avrebbero potuto uguagliare la grandezza di una moneta da cinque franchi: 2.° uno stato sano del duodeno, del digiuno, e del principio dell'ileo, aspetto bianco della mucosa, lieve injezione venosa al disotto di essa: 3.° una bastantemente viva injezione della membrana mucosa dell'ileo nel suo terzo inferiore, come pure del cieco: 4.° una rossezza intensa della superficie interna della vena mesenterica inferiore, del tronco della vena porta e di tutte le sue ramificazioni epatiche, per quanto lo scalpello potè seguirle. Lo stesso fegato era voluminoso, sommamente rosso, ingorgato di sangue friabile. La vena splenica non era rossa, come pure la vena cava e le sue divisioni; ma la rossezza riappariva nell' orecchietta destra del cuore e nel ventricolo dal medesimo lato; ritrovavasi ancora, benchè debole, nel tronco dell' arteria polmonare. L' aorta, pel contrario, aveva conservato la sua bianchezza ordinaria. Abbiamo notato con cura questa ineguaglianza di colorazione nelle varie parti del sistema vascolare, perchè ci sembra dimostrare che là dove vi era rossezza, questa non poteva punto riguardarsi qual semplice effetto d' imbevimento sanguigno. Perchè mai, infatti, non sarebbe questo stato prodotto ugualmente in ogni parte, così nella vena cava come nella vena porta, e tanto nell' aorta come nell' arteria polmonare? Il sangue che esisteva in questi varj vasi presentava dovunque

le medesime condizioni fisiche. Da ciò crediamo poter conchiudere che in questo individuo esisteva una vera flemmasia del sistema venoso addominale, la quale erasi propagata al fegato, poscia alle cavità destre del cuore, e che quando avvenne la morte cominciava ad invadere l'arteria polmonare. La malattia, d'altronde, aveva presentato quasi due periodi de' quali le lesioni trovate sul cadavere danno buona ragione. Paragonando queste lesioni co' sintomi, vedrassi indotto ad ammettere che da principio vi fu solo una gastro-enterite assai leggere; quindi derivarono i sintomi di febbre biliosa da prima esistiti. Più tardi essa si trasformò in febbre adinamica: allora soltanto manifestaronsi la tensione dolorosa dell'ipocondrio destro, ed un principio d'itterizia. Questi sintomi non voglionsi ascrivere alla flebite che, attaccando il fegato, ne determinò la infiammazione? È tanto meno verisimile che, in questo caso, la flemmasia siasi propagata dall'intestino al fegato per mezzo della membrana mucosa, in quanto che il duodeno fu trovato esente da qualsivoglia alterazione valutabile. Non occorre dire che questa osservazione militi in favore dell'opinione di Bouillaud e Ribes, i quali accordano alle flemmasie vascolari molta parte nella produzione delle febbri dette essenziali.

Un altro ammalato venne allo spedale nel 1822, attaccato da un'ascite. Questi è quel medesimo individuo in cui abbiamo trovato un tumore canceroso sviluppato nel pericardio e la cui storia venne da noi esposta sotto quest'ultimo aspetto in uno de'precedenti volumi. L'autopsia del cadavere mostrò in lui un induramento rosso del fegato; incidendo le vene di quest'organo, fummo colpiti dalla viva rossezza della loro superficie interna. Avvicinandosi al tronco della vena porta, os-

servavasi che la membrana interna di questa vena e de' suoi principali rami epatici distaccavasi dai tessuti sottoposti con una facilità molto maggiore dell' ordinario; essa era manifestamente più molle e più friabile che nel suo stato ordinario. In alcuni rami, una specie di pseudo-membrana copriva le pareti venose sotto forma di una tela sottile, trasparente, e in apparenza inorganica. Lo stesso tronco della vena porta, come anche i principali rami che convergevano verso il fegato per dargli origine, presentavano alla loro superficie interna la medesima rossezza e la stessa friabilità della loro membrana. Nel peritoneo esisteva una collezione sierosa, senz' altra traccia d' infiammazione. Nel tubo digerente trovaronsi segni di flemmasia cronica, come, l' aspetto bitorzolato e il colore brunastro della membrana mucosa gastrica, un colore medesimo nel duodeno, alcune ulcerazioni ed un notabile sviluppamento de' follicoli con colorazione nera intorno ad essi, verso la fine dell' intestino tenue, nel cieco e nel principio del colon. È bene il notare che nel resto del sistema vascolare, sia a sangue nero, sia a sangue rosso, la superficie interna de' vasi presentò un colore bianco.

Molti caratteri anatomici trovansi qui riuniti per dimostrare l'esistenza dell'infiammazione della vena porta e delle sue divisioni, sia epatiche, sia addominali. Questa infiammazione coincideva con una doppia flemmasia cronica del fegato e del tubo digerente; e qui pure è possibile, quantunque non dimostrato, che l' infiammazione abbia invaso successivamente: 1.° l' intestino: 2.° il sistema venoso che dall'intestino trasporta il sangue al fegato: 3.° il fegato stesso. Ciò che pure autorizza a fare questa supposizione si è che noi troviamo nelle nostre note che la malattia cominciò con una

diarrea, la quale parve essere la sola affezione pel corso di un anno almeno. Sol dopo questo termine si fecero sentire dolori più vivi nell' ipocondrio destro. Due volte il malato ebbe l' itterizia, e più tardi, finalmente, sviluppossi l' ascite. Questa successione di sintomi, indica per lo meno che la malattia del fegato fu consecutiva a quella dell' intestino.

XIX. Qualunque siasi il modo con cui l' irritazione si propaga dall' intestino al fegato, essa può presentarsi nella sua sede primitiva e consecutiva, con gradazioni numerose e sotto forme assai differenti. Da principio, nell' intestino, tutto il disordine può limitarsi ad un semplice eccitamento, sia unico, come quando in seguito ad un lieve eccesso di tavola dichiarasi un' itterizia con febbre e tensione dolorosa dell' ipocondrio destro; sia frequentemente ripetuto, come quando liquori alcoolici vengono sovente introdotti nelle vie digerenti. In questi varj casi, l' eccitamento non sembra elevarsi nell' intestino al grado dell' infiammazione che, pel contrario, dichiarasi nel fegato più irritabile. Altrove, avvi veramente gastro-enterite cronica; altrove, finalmente, nel corso di una gastro-enterite acuta decisa manifestasi un' epatite. Circa alle forme che quest' ultima presenta, quando succede ad un' irritazione gastro-intestinale, esse sono differentissime. Talvolta l' epatite è cronica fino dal suo principio, non produce sintomo alcuno ben distinto, e solo dopo lungo tempo che essa ha cominciato svelansi alcuni segni della sua esistenza. Tal' altra volta osservasi per unico sintomo un' itterizia, la quale manifestasi nel corso di una flemmasia intestinale; non avvi d' altronde, nè dolore, nè tumefazione all' ipocondrio. In questo caso, la sezione del cadavere può mostrare tre stati del fegato: 1.° uno stato flem-

masico del suo parenchima, annunziato da una rossezza intensa, da un ingorgamento sanguigno notabile, e da un rammollimento sensibilissimo (*): 2.° nulla d'insolito, almeno in apparenza, nel parenchima epatico, ma una tumefazione notabile della membrana interna dei canali coledoco ed epatico, d'onde risulta l'ostruzione totale od incompleta di questi canali: 3.° nessuna lesione valutabile, sia del fegato, sia del suo apparecchio escretore; il che non prova la non esistita lesione, durante la vita di quest'ultimo, come, più sotto, cercherò di dimostrare. Con questi tre stati del fegato trovasi l'intestino infiammato a diversi gradi, e in diversi punti della sua estensione.

In altri individui l'epatite consecutiva ad un'infiammazione intestinale si annunzia fino dal suo principio con sintomi più apparenti; poichè la sola itterizia non prova già l'esistenza di un'epatite. Gli ammalati risentono dolore in varj punti dell'ipocondrio destro o nello stesso lato del torace; un dolore si fa sentire in questo stesso ipocondrio ec. Questi varj sintomi di epatite possono presentarsi una sola volta nel corso di una gastro-enterite cronica; essi allora possono sparire o persistere, sia coll'infiammazione intestinale, sia senza di essa. In altri malati questi sintomi mostransi e spariscono più volte; a quel modo, per esempio, che nel

(*) Louis, in un suo eccellente scritto sopra gli ascessi del fegato, narra di aver trovato all'intorno di essi il parenchima epatico, rosso e fatto molle; pruova manifesta che la rossezza ed il rammollimento del fegato devono essere annoverati tra le molte lesioni cui può andar soggetto quest'organo a motivo dell'infiammazione. Il perchè tanto più mi confermo nelle mie opinioni, vedendole concordare con quelle d'un così ragguardevole osservatore.

corso di una stomatite cronica, le glandule salivari infiammansi sovente solo ad intervalli, oppure a quel modo che, ovunque esiste una flemmasia cronica continua, la tumefazione infiammatoria de' gangli linfatici contigui non mostrasi sovente che ad intervalli. In questi però giugne il più delle volte un tempo in cui l'ingorgamento si fa permanente. Questo è pur ciò che avviene rispetto al fegato. Dopo che, durante una gastro-enterite, sonosi vedute sopraggiungere a più riprese sia delle itterizie che prolungavansi più o meno, e ripetevansi ad intervalli più o meno lontani, sia de'dolori passeggeri verso la regione del fegato, sia una tumefazione ugualmente passeggera di quest' organo, può ben anche giugnere un tempo in cui uno o più di questi sintomi divengano permanenti: allora è forza ammettere, o che prima di quest' ultima epoca l'affezione del fegato, quantunque non cessante, fosse ancora abbastanza leggere da manifestare la sua esistenza solo per mezzo di sintomi intermittenti, i quali sopraggiugnevano quantunque volte essa inasprivasi; oppure, cosa più probabile, che questa affezione stessa fosse intermittente, soggetta forse ne' suoi ritorni allo stato del tubo digerente.

XX. Fino ad ora noi ci siamo occupati del solo caso in cui l' epatite pareva consecutiva ad un' infiammazione gastro-intestinale. Un altro caso più raro, che però non ci sembra meno reale, si è quello in cui quest' ultima è invece consecutiva. Più di una volta abbiamo osservato degli ammalati in cui sintomo veruno non aveva mai annunziato un turbamento qualunque delle funzioni digerenti; in essi però esisteva un' affezione non dubbia dell' apparecchio biliare, come uno stato

d'ipertrofia del fegato, il suo induramento rosso o bianco, la sua degenerazione cancerosa ec. Nel corso di alcuna di queste affezioni e lungo tempo dopo il suo primo sviluppo, le digestioni cominciavano solo a turbarsi. Questa circostanza è una delle più favorevoli che si possono incontrare ne'casi di malattie del fegato: allora gl'individui deperiscono assai lentamente, perchè possono continuare a nutrirsi.

Quando una flemmasia gastro-intestinale sopraggiunge qual complicazione di un' affezione del fegato, essa può stabilirsi in modo continuo, od essere soltanto passeggera, o finalmente ritornare ad intervalli più o meno lunghi. Ne' due ultimi casi la sua forma è acuta; nel primo, essa può essere od acuta, o cronica: se è acuta, nulla avvi di più variabile dei sintomi che produce, e da questi varj gruppi di sintomi risultano malattie presentanti vario aspetto, cui vennero dati nomi speciali. Da prima, questa gastro-enterite può soprattutto segnalare la sua esistenza con sintomi locali. Così la lingua, la quale fino a tanto che eravi solo affezione di fegato aveva conservato il suo stato naturale, si copre di varie patine, si fa rossa, secca, screpola ec. Lo strato biancastro che la copre è punteggiato di un rosso vivo. La sete, fino allora nulla, diviene intensa; succedono vomiti, dolori all' epigastrio e diarrea. Abbiamo veduto alcuna volta in simil caso malattie di fegato progredite lentamente, e che non avevano ancora alterato profondamente la costituzione e non erano state fino allora accompagnate da verun turbamento nella digestione, complicarsi di tutti i sintomi proprj al cholera-morbus, come, vomiti copiosissimi, dejezioni alvine abbondantissime, raffreddamento subitaneo della superficie cutanea; in due o tre giorni gli ammalati erano

trascinati al sepolcro; facendosi poi la sezione de' cadaveri, oltre l' affezione primitiva del fegato, noi trovavamo un' injezione vivissima della maggior parte della membrana mucosa gastro-intestinale, senz' altra alterazione; talmente che questa flemmasia era più notabile per la sua estensione che per la sua intensità in ciascuno de' punti da essa occupati.

In altri casi, individui attaccati già da lungo tempo da malattie di fegato, ma che non erano però esausti, vengono ad un tratto assaliti da febbre continua: la loro lingua si fa rossa, dissecca ed annerisce; il loro addomine si meteorizza; sopraggiunge diarrea; cadono in uno stato di adinamia perfetto e soccombono rapidamente. Facendosi l' autopsia del cadavere, trovansi nel tubo digerente tracce di una infiammazione acuta; ma talvolta questa pare essere stata intensa; la mucosa è molto rossa, rammollita, ulcerata in molti punti, e la gravezza de' sintomi sta in rapporto diretto con quella delle lesioni; tal' altra volta, pel contrario, la flemmasia gastro-intestinale sembra essere stata leggerissima; non vedesi nella mucosa, o sotto di essa, che un' injezione vascolare più o meno estesa; osservisi però che questa flemmasia sopraggiunge soltanto in un' individuo già consumato dall' affezione cronica di un organo importante; e che allora esistono in lui le condizioni favorevoli allo sviluppo di uno stato di prostrazione assai grave, all' occasione di qualsiasi flemmasia intercorrente, per quanto leggiere essa apparisca.

Qualunque siasi la forma sotto cui le gastro-enteriti acute si mostrano durante il corso delle affezioni croniche del fegato, è importante sapere, che esse sono una

delle cause frequenti della morte prematura di un numero grande d' individui attaccati da tali affezioni.

Può accadere, per ultimo, che il turbamento delle funzioni digerenti, dopo avere esistito da principio, ad un' epoca in cui l' affezione del fegato era ancora poco apparente, sparisca. Più tardi, a misura che quest' ultima si fa più decisa, vedesi la digestione tornare al suo stato normale, e non alterarsi di nuovo che ad un periodo molto inoltrato della malattia del fegato. Abbiamo osservato in particolare una donna, la quale fino all' età di quarant' anni circa aveva goduto di una buona salute. A quest' epoca, in conseguenza di afflizioni d'animo, le sue digestioni divennero penose; essa perdette l'appetito e non tardò guari ad andar soggetta a vomiti ostinati, i quali da principio furono riguardati dal medico che la curava come nevrosi, e combattuti con pozioni eteree, colla tintura di castoro, con pillole di assa fetida e di muschio, con vescicanti volanti applicati successivamente sopra varie parti del corpo. Questi varj sintomi gastrici persistettero sei settimane circa, poi si dissiparono, e l' ammalata, avendo ricuperato l' appetito e le sue forze, si credette ristabilita. Ma in breve venne essa assalita da un dolore poco intenso, però continuo, al livello delle ultime coste destre; allora le forze si perdettero nuovamente, l' ammalata dimagrò sempre più, nè tardò molto ad entrare nello spedale. Tutto annunziava in essa l' esistenza di una lesione organica del fegato: tumore doloroso all' ipocondrio destro, prolungantesi dietro le costole; color giallo pagliarino del volto, magrezza; polso frequente senza colore alla pelle. Cionnondimeno l' appetito era buono; nessun peso all' epigastrio, nessuna nausea seguiva l' ingestione degli alimenti nello stomaco; le evacua-

zioni alvine erano ordinarie, il ventre in ogni sua parte cedevole ed indolente, eccetto verso l'ipocondrio destro. Questa donna presentò il medesimo stato durante le sei settimane successive; poi il suo appetito si perdette, i vomiti ricominciarono, e morì pochi giorni dopo l'apparizione di questi nuovi sintomi gastrici. La lingua non si allontanò dal suo stato naturale fino all'ultimo momento di sua vita.

Fatta l'autopsia del cadavere, si trovò il fegato più voluminoso dell'ordinario e pieno di masse cancerose. La membrana mucosa dello stomaco nel gran fondo cieco e lungo il margine colico dell'organo, aveva un color rosso vivo ed era polposa; un lieve grattamento lo riduceva in una pappa rossastra. Nel resto del tubo digerente non esisteva veruna lesione valutabile, e neppure negli altri organi.

I medesimi sintomi indicarono il principio di questa malattia e la sua fine. L'infiammazione gastrica parve sul principio il punto di partenza dell'affezione organica del fegato; più tardi essa mostrossi nuovamente qual semplice complicazione di quest'ultima. Vi fu un certo intervallo fra il momento in cui disparvero i primi sintomi gastrici, e quelli in cui si fecero manifesti alla malata i segni dell'affezione del fegato. In questo intervallo di tempo essa si credette guarita. È però assai verisimile che la malattia del fegato cominciasse allora sordamente. In quante altre circostanze non avvien egli del pari che si reputi compiuta la guarigione di una malattia, per ciò che i sintomi del suo stato acuto spariscono? Questa pretesa guarigione non è sovente che il passaggio da questo stato acuto ad uno stato cronico. Può questo, per un certo tempo, nascondersi agli occhi poco attenti o poco esercitati, e sovente esso

non manifesta più chiaramente la sua esistenza che quando la lesione è già troppo grave perchè rendasi possibile il porvi rimedio. Ma, in questa prima epoca latente, succedendo affezioni croniche ad affezioni acute, e potendo d'altronde avere la loro sede sia nell'organo primitivamente affetto, sia in un altro che gli è legato stante le sue connessioni di tessuto o di simpatia, si esamini lo stato della nutrizione e quello delle diverse secrezioni; interroghisi l'espressione della fisionomia, continsi le pulsazioni arteriose in diverse ore della giornata; misurisi il modo di ripartizione del calore ne'varj punti dell'inviluppo cutaneo; e, il più delle volte troverannosi nel modo di compiere queste varie funzioni od azioni vitali, tali segni da rendere accorti su la non reale convalescenza del malato, ma che in lui formasi di soppiatto una lesione più o meno grave. Posto questo avviso, è raro che, con un'esame scrupoloso e sovente ripetuto di tutte le funzioni, non si possa riuscire a conoscere quale sia la sede di questa lesione.

§ 2. *Turbamento della circolazione.*

XXI. La circolazione può nelle malattie del fegato, essere turbata, o simpaticamente, come avviene alle arterie ed al cuore; sia in modo puramente meccanico, ciò che succede in certe parti del sistema venoso, nei casi in cui il sangue contenuto nella vena porta non può attraversare liberamente il parenchima epatico.

A. TURBAMENTI SIMPATICI DELLA CIRCOLAZIONE.

XXII. Sonovi, primieramente, de' casi di affezioni di fegato in cui questa circolazione non è realmente modificata in modo alcuno. Il polso ha la sua forza, la sua frequenza ed il suo ritmo ordinario; la temperatura della pelle non è elevata. Questa mancanza totale di febbre non osservasi quasi mai ne' casi di epatite acuta; ma essa è lungi dall' esser rara nelle numerose gradazioni di epatite cronica; nel caso in cui fochi purulenti trovansi incavati nell' interno dell'organo, e in que' casi ne' quali masse cancerose ne hanno invaso una parte; questa apiressia totale è ben anche assai più comune quando avvi solo semplice ipertrofia del fegato, sia nella sua totalità, sia nell' una o nell' altra delle sue sostanze, oppure quando esso è andato soggetto ad un' atrofia più o meno grande.

In altre circostanze la circolazione presenta un turbamento manifesto, quantunque non abbiavi febbre propriamente detta. Questo turbamento non consiste che in una semplice alterazione del polso, senza modificazione del calore della pelle. Per tal guisa una frequenza insolita del polso, senz' altro segno di febbre, accompagna sovente le varie affezioni croniche del fegato onde si è parlato.

Finalmente, vi può essere febbre propriamente detta, vale a dire, frequenza di polso, con aumento nella temperatura della pelle e mal essere generale. Questa febbre può accompagnare la malattia del fegato per tutto il tempo che essa dura, come osservasi più frequentemente ne' casi di epatite acuta. Ciò che allora avvi di notabile si è, che alcuna volta, in simil caso, i

sintomi locali proprii a svelare l' affezione epatica sono oscurissimi, non osservasi altro che una febbre continua, di cui la sola sezione cadaverica può dimostrare la non essenzialità. Abbiamo veduto una volta questa febbre prodotta da un ascesso formato nel fegato. L'individuo, ancor giovane, e che godeva abitualmente di una buona salute, risentì un mal essere generale, cefalalgia, abbattimento fisico e morale, dopo aver fatto una lunga corsa a cavallo. Ne' primi tre giorni, egli riguardò questo stato di mal essere quale spossamento di forze, e si accontentò di stare in riposo. Ma nel quarto giorno sopraggiunsero brividi, e sentendosi assai più ammalato, venne allo spedale. Noi lo vedemmo due giorni dopo il suo ingresso, vale a dire, il sesto giorno di sua malattia. Allora trovavasi in uno stato di gran prostrazione; la rossezza a foggia di piastre de' pomelli contrastava in modo singolare col color giallo del restante della faccia. L' ammalato accusava un' insopportabile cefalalgia sotto-orbitale. La bocca era pastosa senz' essere amara; la lingua presentava una tinta biancastra, uniforme, non punteggiata in rosso; l' appetito era perduto; ma l' ammalato non aveva nè sete, nè nausee, nè vomiti, nè dolore all' epigastrio, e così pure nel resto del ventre, che in ogni suo punto era cedevole come d'ordinario. Eravi costipazione. Il polso batteva centododici in centoquindici volte ogni minuto; era forte e regolare; la pelle ardente e secca. Chomel che faceva momentaneamente le veci di Lerminier, cercò invano con noi qual poteva essere in questo caso l' organo malato (*Cavate di sangue*, *tisane diluenti*, *dieta*). Dal 7.° all' 11.° giorno, medesimo stato: gli venne fatto un salasso al piede collo scopo principale di combattere la cefalalgia. — Nella notte dell' 11.° al 12.°

giorno, le facoltà intellettuali, finora allora libere, cominciarono a turbarsi; il dì seguente noi trovammo il malato in un delirio perfetto (*Mignatte dietro le orecchie: senapismi alle estremità inferiori*). Dal 12.° al 16.° giorno il delirio continuò; nessuna risposta potevasi ottenere, si fu costretto ad assicurare l'ammalato al letto, perchè cercava ad ogni momento di fuggire. Frequenti erano i sussulti dei tendini; gli occhi alternativamente aperti e chiusi, fissi o rotanti rapidamente nelle loro orbite; le pupille dilatavansi e restringevansi a vicenda. Dal lato delle vie digerenti e degli organi addominali in genere, non esisteva alcun nuovo sintomo. — La mattina del 17.° giorno il malato era ancora pieno di vigore, come attestavano l'energia dei suoi movimenti e la forza della sua voce. Verso mezzodì, senza che alcun accidente fosse apparso, egli morì contro ogni aspettazione. Gli venivano dati già da tre giorni de'lavativi canforati; e gli erano pur stati applicati de' vescicanti alle estremità inferiori.

Questo ammalato morì evidentemente per malattia di cervello; ma quando venne allo spedale, egli non era affetto da questa malattia: fino al giorno 12.°, e' non ne aveva presentato traccia veruna; non bisogna però perdere di vista la cefalalgia intensa da lui accusata dappoi che noi lo osservavamo, e che era stata bastantemente forte da esigere mezzi terapeutici speciali. L'encefalo e le sue dipendenze vennero esaminate con ogni cura. Le meningi avevano la loro trasparenza e la loro grossezza fisiologica; trovavansi appena alcune cucchiaiate (cucchiaio da caffè) di sierosità limpida sparsa ne' ventricoli ed alla base del cranio. La sostanza stessa dell'encefalo non presentò nulla d'insolito rispetto alla sua injezione, al suo colore ed alla sua

consistenza. Il prolungamento rachideo venne pure esaminato; al pari del cervello esso non aveva alterazione veruna valutabile. — Gli organi toracichi erano sani. — Lo stomaco presentava qua e là alcuni piccoli punti rossi, i quali riuniti non avrebbero uguagliato la larghezza di una lira di Francia. Tutto il resto del tubo digerente fu inciso in tutta la sua estensione ed esaminato dopo essere stato lavato. Non vi trovammo che un poco d'injezione sotto-mucosa, risedente nelle vene grosse.

Fino allora nessuna lesione di organo poteva darci ragione de' gravi sintomi osservati durante la vita, quando il mio discepolo ed amico, il dott. Descieux, attualmente medico distinto di Montfort-Lamaury, si fece a tagliare collo scalpello il fegato, che osservato esternamente pareva essere perfettamente sano. Qual fu la nostra sorpresa, quando in fondo all' incisione fatta, trovammo un foco purulento, a cui vece si avrebbe potuto facilmente porre un arancio! Il pus aveva un color bianco-giallastro, cremoso, senza odore; esso era in contatto immediato colla sostanza medesima del fegato, il quale, nell' estensione di molti pollici intorno ad esso, era più rosso che altrove e assai friabile: lo si riduceva in polpa rossastra mediante una legger pressione; questo ascesso trovavasi situato nella grossezza del lobo destro, non lungi dalla porzione convessa di quel lobo che tocca il diaframma vicino alle coste. — Gli altri organi non presentarono veruna alterazione valutabile.

Ecco adunque un ascesso del fegato formatosi senza produrre nè dolore, nè gonfiezza nell' organo, nè itterizia: che ha esso soltanto determinato? Una febbre continua, la cui causa rendevasi affatto impossibile a

riconoscersi durante la vita. Noi siamo inclinatissimi a pensare che un processo flogistico cominciò ad effettuarsi nel fegato quel giorno medesimo in cui, in conseguenza della corsa a cavallo, manifestaronsi i segni di una semplice prostrazione di forze. La cefalalgia intensa onde il malato dolevasi fu il primo accidente simpatico determinato dalla malattia del fegato verso il cervello. In seguito, le funzioni di questo turbaronsi in modo più grave, e il malato morì in conseguenza dell'irritazione simpatica del cervello. Ma il punto di partenza di tutti gli accidenti fu il fegato.

Questa osservazione sembra somministrare un fatto sommamente interessante in favore della localizzazione delle febbri che, durante la vita, sembrano non riconoscere per causa lesione alcuna di organi. Inoltre, essa dimostra, contro l'opinione di Broussais, ciò che è già stato affermato da Boisseau, Bouillaud, Ribes, ec., vale a dire, che la sede di queste febbri dette essenziali non esiste necessariamente nel canale digerente.

XXIII. In certi casi di affezioni croniche del fegato, non avvi abitualmente febbre; ma, ad epoche più o meno lontane e che d'altronde non hanno nulla di costante nel loro ritorno, sopraggiunge un movimento febbrile che può continuare alcune ore soltanto, o prolungarsi per molti giorni. Questa febbre accidentale dipende il più delle volte da un inasprimento momentaneo della lesione del fegato che di cronica ch'essa era, tende a passare allo stato acuto. Il dolore, per esempio, può mostrarsi, se era nullo, o farsi più vivo se già esisteva. Noi conosciamo una donna che ha da più anni una lesione organica del fegato. Quest'organo forma un tumore difficile a circoscrivere, nell'ipocondrio destro. Ella non vi risente abitualmente dolore che

di tempo in tempo; il più delle volte sotto l'influenza di cause morali valutabili, questo dolore diviene molto più vivo, e vedesi ad un tempo comparire una febbre intensissima, accompagnata sovente da reazione verso il cervello, e da delirio. Una semplice applicazione di sanguisughe fatte all'ipocondrio destro calma ordinariamente questi sintomi. Qui l'inasprimento del dolore epatico, ed il successo della cura praticata non lasciano dubitare che il punto di partenza del moto febbrile e degli accidenti cerebrali che l'accompagnano non sia nel fegato, la cui affezione cronica veste momentaneamente un carattere di acutezza. In altri individui i ritorni irregolari di questi accessi di febbre sembrano meno dipendenti dalla malattia stessa del fegato, che da un'infiammazione intercorrente del tubo digerente.

XXIV. Finalmente l'osservazione ha dimostrato, che certe febbri intermittenti sono legate ad un'affezione organica del fegato. Qui però possono presentarsi due casi: ora la febbre intermittente precede quest'affezione, o per lo meno, i sintomi che l'annunziano; ora essa mostrasi mentre questa è nel suo corso.

Le due osservazioni seguenti daranno esempj di ciascuno di questi casi.

Un cocchiere in età di quarant'anni all'incirca, aveva sempre goduto di una buona salute. Mentre abitava a Valençay, ove regnava un'epidemia di febbre intermittente, fu colto da febbre quartana, la quale dopo alcuni accessi venne combattuta colle preparazioni di china-china. Tornato a Parigi sei settimane dopo l'invasione della sua febbre, non ne era ancora libero. Si cercò ancora di troncarla col solfato di chinina: gli accessi erano modificati; ma non tardavano guari a

ritornare. Passò a questo modo un mese, senza che la febbre fosse sparita (il solfato di chinina fu portato fino alla dose di venti grani nell' intervallo dei due accessi). Fino allora nessun sintomo aveva rivelato la lesione di qualche organo. Ma a quest' epoca le congiuntive cominciarono ad ingiallire, ed in breve tutta la superficie cutanea presentò un colore itterico sensibilissimo. Gli accessi di febbre continuarono pure a mostrarsi col medesimo tipo. L' appetito, fino allora conservato, si perdette; le evacuazioni alvine, rare, erano formate da materie scolorite, poco consistenti. Nel corso de' tre mesi seguenti osservammo l' eruzione e lo sviluppo progressivo di un tumore nell' ipocondrio destro. Da principio non trovammo, in quest' ipocondrio, che una resistenza alla pressione molto maggiore di quella che esisteva nell' ipocondrio sinistro; non potevasi però circoscrivere il margine libero del fegato. Più tardi sentironsi in questo stesso ipocondrio destro, e fino alla sinistra dell' epigastrio, numerose ineguaglianze o gibbosità visibili attraverso i tegumenti che esse sollevavano. Queste ineguaglianze sentivansi fin sotto al livello della regione ombellicale. La pelle aveva un colore verdastro apparentissimo soprattutto alla faccia. Gli accessi febbrili erano stati suppliti da una febbre continua, fortissima di notte. Finalmente, i membri inferiori si tumefecero, una diarrea sierosa abbondante subentrò alla costipazione, il malato declinò sempre più e soccombette. — Dappoi che l' itterizia erasi manifestata e l' ipocondrio destro mostrava ingorgarsi, le preparazioni di china-china vennero sospese. Tisane di gramigna, di orzo, di saponaria, di siero di latte con aggiunta di acetato di potassa, vennero amministrate. Gli furono date pozioni con acqua distillata di parieta-

ria, ossimele scillitico, sciloppo delle cinque radici. Molte volte gli vennero applicate delle mignatte o su l' ipocondrio destro, od all' ano. Frizioni mercuriali furono pur praticate alla regione epatica. Negli ultimi tempi il malato non prese per medicamento che decozione bianca di Sydenham.

Duolmi assai di non aver potuto fare la sezione del cadavere di questo individuo che morì in casa propria. Abbiamo citato questa osservazione unicamente come quella che presenta un esempio sensibilissimo di un' affezione organica del fegato, la quale non avendo mai dato segno alcuno della sua esistenza prima dell' invasione di una febbre intermittente, si manifestò durante quest' ultima. Osservisi d' altronde quanto questa febbre intermittente fosse ostinata; la china-china ne alterò gli accessi, ma non riuscì mai ad impedir loro di mostrarsi nuovamente; questi accessi cessarono soltanto a misura che l' affezione del fegato si sviluppò, ma allora essi furono suppliti da un moto febbrile continuo.

Ecco ora un altro caso in cui la febbre intermittente sopraggiunse nel corso di una inveterata affezione del fegato, e parve contribuire in singolar modo ad accelerarne i progressi.

Il soggetto di questa osservazione era un uomo in età di sessant' anni circa, il quale, già da più di quindici anni presentava i segni di una malattia dell' apparecchio biliare. Molte volte egli aveva avuto delle itterizie; già da lungo tempo l' ipocondrio destro era abitualmente gonfio e sovente doloroso. Il più lieve deviamento di regime, l' introduzione di bevande alcooliche nelle vie digerenti, le emozioni morali un poco forti, richiamavano il dolore dell' ipocondrio ed accendevano la febbre. Egli sospendeva le sue occupazioni

solo durante questi inasprimenti, la cui continuazione era di alcuni giorni. Tale si fu il racconto che ci fece l'ammalato, quando venne allo spedale; ma allora esistevano nuovi accidenti. Già da tre settimane era stato assalito, nel centro di Parigi ove abitava, da una febbre terzana i cui accessi erano regolari e distintissimi. Il giorno successivo a quello del suo ingresso noi fummo testimonj di uno di questi accessi. I tre stadii erano ben marcati; quello del brivido era intensissimo e assai lungo; il sudore pel contrario non era gran cosa e sovente parziale. Dappoichè questa febbre terzana erasi mostrata, il malato diceva di soffrir molto dal suo lato destro. Aveva preso in due volte, collo scopo di troncare la febbre, un bicchiere di acquavite in cui era diluita una certa quantità di pepe. Questo rimedio non ebbe influenza alcuna su gli accessi, ma ogni qualvolta fu preso, produsse vomiti e forti coliche che indussero il malato a non farne più uso. Quando si presentò al nostro esame, noi trovammo l'ipocondrio destro e l'epigastrio occupati da un voluminoso tumore, il cui margine veniva circoscritto un po' al disotto della regione ombellicale. Questo tumore, premendolo, facevasi doloroso, e di tempo in tempo il malato vi risentiva vivo spasimo: esso non presentava veruna gibbosità. Tutta la superficie della pelle, come pure le congiuntive, erano leggermente giallastre. Eravi un disgusto assoluto per ogni sorta di alimento; la lingua aveva il suo aspetto normale; molte evacuazioni alvine gialle e liquide occorrevano tutti i giorni. — In questo stato di cose Lerminier non credette opportuno servirsi della china-china per troncare la febbre. Avuto soprattutto riguardo all'inasprimento de' sintomi della malattia del fegato, egli prescrisse molte applicazioni di sanguisu-

ghe, sia su l'ipocondrio destro, sia all'ano, bagni, fomentazioni emollienti su l'addomine, semplici tisane emollienti all'interno. Sotto l'influenza di questo genere di medicazione, la tensione dell'ipocondrio e dell'epigastrio diminuirono sensibilmente dopo alcuni giorni, queste regioni cessarono di essere dolorose, manifestossi un poco di appetito, il colore itterico disparve, e ad un tempo cessarono pure gli accessi di febbre. — Quest'uomo allora, trovandosi presso a poco tornato allo stato abituale in cui diceva essere da molti anni, abbandonò lo spedale. Cionnondimeno questo caso mi sembrava talmente interessante che mi procurai l'indirizzo per andare a casa sua, e vi andai effettivamente a trovarlo. Era curioso di sapere se, con una vita poco regolata, la malattia inasprivasi di nuovo, e se ad un tempo, come effetto di tale inasprimento, ricomparissero gli accessi di febbre. Interessavami di assicurarmi se fosse stata la febbre intermittente che operando una congestione sul fegato, aveva aggravato la malattia di questo, o se fosse stata piuttosto la malattia stessa aggravata da altre cause, che aveva prodotto la febbre intermittente. Il successo della cura antiflogistica che, moderando i sintomi locali dell'affezione del fegato, aveva fatto simultaneamente sparire gli accessi di febbre, era un grande argomento in favore di quest'ultimo modo di vedere. Se era esatto, potevasene trarre l'importante conclusione che una febbre intermittente può nascere all'occasione di una lesione organica costante, e sotto questo punto di vista il caso attuale poteva essere paragonato ad un altro sovente citato, in cui dicesi di aver veduto una febbre intermittente a riprodursi ogni qualvolta una tenta veniva introdotta e lasciata stabilmente entro il canale dell'uretra. In simil

caso è ben d' uopo ammettere delle idiosincrasie, delle disposizioni particolari. Poichè, quante volte una tenta non è essa introdotta nell' uretra; quante volte una malattia cronica del fegato non s' inasprisce ad un tratto, senza che ne risulti una febbre di accesso? Ecco ciò che ne deve rendere sì riservati nello stabilire delle regole, e delle leggi in medicina. Che che ne sia il nostro malato restò circa due mesi in casa sua, senza nulla provare d' insolito; ma dopo questo tempo egli ebbe un vivissimo dispiacere: suo figlio era coscritto e la sorte lo aveva destinato al servizio. Appena questo sventurato padre fu istrutto di tal nuova che la sua antica itterizia ritornò, risentì un vivo dolore al fegato, e il giorno seguente fu preso da violento brivido che venne poi seguito da calore e da sudore. Egli ebbe tre accessi ben distinti, col tipo terzana, quindi la febbre si fece continua e il malato venne allo spedale. Fra il secondo e il terzo accesso io aveva fatto applicare, senza successo, ventiquattro mignatte all' ipocondrio destro. A poco a poco il dispiacere di quest' uomo si calmò, gli venne dato un poco di danaro che parve consolarlo della perdita di suo figlio; l' itterizia si dissipò nuovamente; il polso perdette la sua frequenza; il malato tornò una volta ancora al suo primo stato di salute e ci abbandonò. — Non so poi che sia avvenuto di lui.

È giusto il qui rammentare che Portal è uno degli autori che più hanno insistito su le febbri intermittenti causate da un' affezione del fegato, o che almeno coincidono con esse. Egli ha fatto osservare ottimamente che tali febbri non cedono mai alla china-china, la quale non serve che a renderle più ribelli, contribuendo ad inasprire la malattia del fegato.

B. TURBAZIONI DELLA CIRCOLAZIONE, DETERMINATE DA UN OSTACOLO AL LIBERO CORSO DEL SANGUE NELL' INTERNO DEL FEGATO.

XXV. Abbiamo già esposto nel primo volume della *Clinica* i risultamenti delle esperienze e delle osservazioni moderne, su le idropisie parziali o generali, prodotte da un ostacolo al corso del sangue. Avvi pure un certo numero di affezioni del fegato che vanno accompagnate da ascite, e nelle quali quest' ultima malattia sembra da ascriversi alla difficoltà che trova il sangue venoso a traversare il parenchima epatico. Queste malattie non sono già quelle, come potrebbesi credere *a priori*, in cui produzioni accidentali, masse cancerose o tubercolose, idatidi e vasti ascessi occupano il luogo del tessuto del fegato. In questi varj casi l' idropisia non vedesi costantemente e non sopraggiunge quasi che negli ultimi tempi della malattia. Essa è pure assai rara quando avvi semplice ipertrofia del fegato senza aumento della sua consistenza. È più comune ne' casi d' induramento rosso, bianco, grigio o verde del parenchima epatico. Finalmente, osservasi soprattutto quasi costante ne' casi di diminuzione del volume del fegato, sia che questa avvenga ugualmente su le due sostanze, sia che la bianca trovisi in uno stato d' ipertrofia, nel tempo stesso che la rossa trovasi in quello di atrofia, oppure che, senz'essere diminuita di volume, quest' ultima sembri essere divenuta meno vascolare dell' ordinario.

Ecco ciò che l'osservazione insegna, e ciò che avrebbe potuto essere facilmente preveduto, qual conseguenza teorica delle ricerche da noi più sopra esposte su la notomia morbosa del fegato. Infatti, noi veggiamo

l' ascite manifestarsi il più delle volte precisamente nei casi in cui puossi meglio ammettere un' obliterazione, un' atrofia, una trasformazione cellulosa o fibrosa di una certa parte de' vasi che si ramificano nel fegato. D' altronde, nulla è più agevole a spiegarsi della sua produzione in simile circostanza. Quando la vena porta epatica cessa di dare un libero passaggio al sangue venoso addominale la sierosità si aumenta nel peritoneo, a quel modo che un membro infiltrasi, quando la sua vena principale trovasi ostrutta. Questo vincolo fra certe idropisie parziali ed un ostacolo nella circolazione venosa, è stato sì ben dimostrato dal dotto mio amico Bouillaud, e da quelli che dopo di lui si sono applicati a questo genere di ricerche, che la sola esistenza dell' ascite che accompagna presso a poco in modo costante certe malattie del fegato, potrebb' essere data, alla sua volta, qual prova che in queste malattie avvi ostacolo alla circolazione venosa nel fegato.

La specie di affezione del fegato nella quale sopraggiunge più frequentemente l' ascite, è una di quelle il cui diagnostico è più oscuro. Non puossi in questo caso riconoscere tumore alcuno, essendo il volume dell' organo diminuito in vece di essere aumentato: rarissime volte avvi dolore; poche volte pure osservansi tracce d' itterizia. Allora la malattia del fegato viene presentita solo dall' esistenza dell' ascite. Molte volte, alla Carità, noi abbiamo per tal modo riconosciuto, durante la vita, non solamente l' esistenza di questa malattia, ma abbiamo potuto determinarne la natura: a tale intento è mestieri soprattutto riguardare al modo con cui l' idropisia ha cominciato, al suo andamento, ai sintomi locali o generali che l' hanno preceduta.

Puossi da prima distinguerla con sicurezza dall' idropisia prodotta da affezione organica del cuore, in ciò che, in quest' ultimo caso, le prime tracce di spandimento sieroso rarissime volte si mostrano nell' addomine, ma si manifestano primieramente intorno ai malleoli, poscia alle gambe, alle cosce, e finalmente al peritoneo. Nel caso, pel contrario, in cui l' idropisia va congiunta ad un' affezione del fegato, la sierosità comincia ad accumularsi nel peritoneo, e i membri addominali si edematizzano solo in modo secondario. L' anatomia e la fisiologia danno agevolmente ragione di queste differenze. L' ascite potrebbe pur essere il risultamento di una peritonite; ma allora avvi, nel più dei casi, un' epoca della malattia nella quale dolori peritoneali si fanno sentire. Finalmente, l' ascite potrebb' essere essenziale, vale a dire, non avere causa da noi valutabile; ma questo caso è infinitamente raro (*), e la maggior parte delle asciti riguardate dagli antichi autori come essenziali, sembrano essere state precisamente quasi sempre o il risultamento di una peritonite che non ha lasciato altra traccia eccetto una collezione sierosa, od il prodotto di quelle malattie del fegato ond' è qui discorso, nelle quali l' organo trovasi in uno stato d' atrofia, quasi raggrinzato e appassito, sia che ad un tempo esso veggasi sparso o no di quelle granulazioni gialle o rosse, la cui formazione abbiamo già spiegata.

Sonovi alcuni casi in cui l' ascite risulta pure da un ostacolo alla libera circolazione del sangue nella vena porta; ma quest' ostacolo non risiede più nel fegato

(*) Ne ho citate alcune osservazioni nel tomo primo di quest' opera.

sano; esso è posto sul tragitto stesso del tronco della vena porta, o delle sue principali divisioni addominali, compresse da tumori di volume e di natura variabili. Un fatto di questo genere ci viene presentato dall' osservazione seguente che non manca pure d' interesse sotto molti altri aspetti.

Un giovane di ventiquattro anni che da molto tempo aveva un ingorgamento indolente de' gangli linfatici ai due lati del collo, presentava molti segni razionali di un' affezione organica del cuore, quando venne allo spedale, verso il principio del mese di marzo 1826. Faccia gonfia, livida; colore violaceo delle labbra e delle pinne del naso; edema delle palpebre; ascite, ma infiltrazione lievissima de' membri addominali. La respirazione era breve e accelerata; essa eseguivasi soprattutto dal movimento delle costole; il decubito orizzontale riusciva impossibile, sotto pena di soffocazione, e il malato passava le notti ed i giorni seduto sul suo letto, col capo e col tronco tenuti sollevati da guanciali. Questa difficoltà di respirazione erasi aumentata a poco a poco, ma la dispnea erasi fatta all'ammalato penosa specialmente da circa un anno; essa aveva aumentato costantemente sotto l' influenza de' tempi umidi e piovosi. Il petto, percosso, risuonava bene in ogni punto; l' ascoltazione non lasciava scorgere nulla d' insolito alla regione del cuore, nè in alcun altro punto valevole a far presupporre l'esistenza di una malattia di quest' organo o de' grossi vasi. Udivasi in varie parti del torace un rantolo mucoso; in altre un rantolo secco, sibillante; in altre lo strepito respiratorio era netto, ma intenso. L' ammalato era già da più mesi incomodato da raffreddore, non aveva mai sputato sangue, e quando lo vedemmo aveva un' espettorazione

poco abbondante e semplicemente mucosa. L' appetito era assai buono, eravi abitualmente un poco di diarrea, senz'esistenza di dolori addominali. Il polso, senza frequenza, non presentava nulla d' insolito sotto il rapporto della sua forza e del suo ritmo.

Niente provava che in questo individuo esistesse una lesione organica del cuore, pur nondimeno essa pareva annunziata da molti sintomi, come l' aspetto della faccia, l' idropisia, l'ortopnea. Questa idropisia nondimeno presentava una circostanza che non è quella che incontrasi il più delle volte nei casi delle malattie di cuore: i membri addominali eransi infiltrati solo consecutivamente all' ascite e lo erano ancora assai poco. È noto, pel contrario, che l' idropisia dipendente da una malattia del cuore comincia, nel maggior numero de' casi, coll' edema del contorno de' malleoli.

L' ascoltazione non iscopriva, nè nel cuore, nè nei polmoni, la causa della dispnea.

Furono impiegati a vicenda i seguenti mezzi terapeutici; applicazione di vescicanti al petto ed ai membri inferiori; tisana diuretica; frizioni con tintura di digitale e vino scillitico.

Nel corso delle sei settimane successive, lo stato del malato non andò soggetto a verun cambiamento notabile: l' ortopnea fu costante; la respirazione facevasi ansante ogni qualvolta il malato cercava di abbandonare un poco il letto. L' ascoltazione, praticata assai volte, non somministrò alcuna nuova indicazione; la tosse non aumentò, nè diminuì: d' altronde, essa non era gran cosa. Noi non abbiamo mai osservato febbre propriamente. Niente ancora non annunziava la fine prossima di questo individuo, quando, senza che fosse sopraggiunto cambiamento veruno sensibile nel suo

stato, venne assalito ad un tratto il primo di maggio, da una dispnea estrema; in breve succedette un rantolo tracheale, la respirazione s'imbarazzò come negli apopletici, e dopo poche ore l'ammalato soccombette.

Autopsia del cadavere.

Nulla di notabile nella massa encefalica, e neppure nella midolla spinale.

Nel torace trovossi che il cuore aveva le sue proporzioni fisiologiche, era esente da qualsiasi lesione sensibile; al pari del pericardio, esso conteneva una piccola quantità di sangue nero mezzo coagulato. I vasi che trasferivansi al cuore o che ne partivano mostravansi nel loro stato normale. Un piccol numero di tubercoli miliari vedevansi disseminati nel parenchima polmonare, in molta parte ingorgato, ma sano e tutto pieno di aria. Alcune antiche aderenze cellulose univano le pleure costale e polmonare dei due lati.

Il mediastino anteriore era occupato da una grossa massa di gangli linfatici tubercolosi. Nel mezzo di questa massa passavano i due nervi diaframmatici; era impossibile seguirli attraverso i numerosi gangli che li attorniavano e li premevano da ogni parte. Essi mostravansi di nuovo poco lungi dal diaframma; e dal punto in cui sviluppavansi dalla massa ganglionare, fino alla loro distribuzione nel diaframma, questi nervi erano osservabili pel loro colore grigio, simile a quello che presenta assai frequentemente il nervo ottico spettante ad un occhio già da lungo tempo in uno stato di atrofia.

Nell'addomine trovaronsi lo stomaco sano; tubercoli assai numerosi sparsi sotto la membrana mucosa del-

l'intestino tenue; alcune ulcerazioni, piccole e superficiali, nell' estensione di alcuni pollici sotto la valvola ileo-ciecale; un tubercolo avente il volume di una nocciuola nella sostanza corticale di un rene; aderenze cellulose fra il diaframma ed il fegato, il cui tessuto era sano; la milza molle e assai voluminosa; un' effusione notabile di sierosità nel peritoneo; finalmente, davanti alla colonna vertebrale, un' enorme massa di gangli linfatici degenerati in tubercoli, i quali comprimevano fortemente da una parte la vena cava, e dall' altra la vena porta di cui attorniavano i principali rami addominali unitamente al tronco.

Da ciascun lato del collo, partendo dall' estremità della mascella fino alle clavicole, esisteva una voluminosa corona di gangli linfatici tubercolosi, come quelli del torace e dell' addomine. Molti erano interposti fra i vasi ed i nervi del collo, e vedevansi, separate da questi gangli, l' arteria carotide e la vena jugulare. Rispetto al nervo pneumo-gastrico, alcuni pollici sotto al punto ove trae origine il nervo laringeo superiore, esso perdevasi nella massa de' gangli, in mezzo a' quali rendevasi impossibile il ritrovarlo. Ricompariva poscia un poco sotto al livello della clavicola, ed era notabile dai due lati pel suo schiacciamento; esso forniva, come d'ordinario, i nervi ricorrenti. Nel resto della sua estensione, e segnatamente in quelle de' suoi rami che costituiscono una gran parte del plesso polmonare, non presentava nulla di notabile.

Il cordone cervicale del gran simpatico non era stato soggetto ad alcuna alterazione di rilievo, sia nella sua posizione, sia nella sua tessitura.

Ciascuna ascella era occupata da un tumore avente

il volume di un grosso arancio, formato dall' unione di gangli linfatici tubercolosi.

Il canale toracico, permeabile come d'ordinario, conteneva una piccola quantità di sierosità rossastra.

Oltre la causa dell' idropisia, che qui sembrava risiedere nella compressione de' grossi tronchi venosi, questa osservazione mi parve interessante anche in ragione dello stato in cui furono trovati molti de'nervi che contribuiscono all' atto respiratorio, i nervi diaframmatici da un lato, e i due cordoni dell' ottavo paio dall' altro. Berard ha già riferito il caso di un individuo in cui non trovossi altra lesione valevole a spiegare la rilevante dispnea da lui durante la vita presentata, che un tumore sviluppato nella grossezza medesima di uno de' nervi diaframmatici (Tesi di Descot su le affezioni de' nervi). Qui, non solo i due nervi diaframmatici erano stati soggetti ad una notabile alterazione, sufficientemente qualificata dal colore grigio, la vera atrofia della loro estremità inferiore; ma anche i due nervi pneumo-gastrici erano altamente compromessi, come dimostravalo manifestamente lo schiacciamento da essi presentato uscendo dal tumore linfatico in mezzo cui era impossibile tener loro dietro. Ora, se le esperienze de' fisiologi hanno provato che dopo la sezione dell' ottavo paio l' ematosi cessa di effettuarsi convenevolmente, i polmoni s' ingorgano, e la morte sopraggiunge nel corso di pochi giorni, il fatto da me ora citato non è egli tale da ravvicinarsi a quest' ordine di fatti? Vi fu pure diminuzione graduale, e finalmente cessazione dell' influenza esercitata dall' ottavo paio su la trasformazione del sangue venoso in sangue arterioso; quindi, la dispnea sempre crescente ec. Non volendosi ammettere

questa causa di dispnea è d' uopo allora riconoscere che la difficoltà a respirare, notabilissima, presentata dall' ammalato che è soggetto di questa osservazione, ha esistito, senza che siasi potuto trovare sul cadavere lesione veruna propria a renderne ragione; poichè io non sono già d' avviso che i tubercoli piccolissimi e sì rari, trovati ne'polmoni, possano in modo alcuno spiegare questa dispnea, paragonabile, sotto l' aspetto della sua intensità, a quella che manifestasi nel corso delle più gravi affezioni organiche del cuore.

§ 3. *Turbamento delle secrezioni e della nutrizione.*

XXVII. La secrezione dell' orina è quella, che nelle malattie del fegato, trovasi le più volte alterata. La più notabile di queste alterazioni consiste nella miscela di molti elementi della bile co' principj ordinarj dell' orina. La fisiologia insegna che, fra le diverse vie per mezzo delle quali varie sostanze estranee possono essere eliminate, nessuna è più attiva e sembra essere più largamente aperta dell' apparecchio renale. Così negl' itterici l' orina contiene della bile prima che la pelle sia colorita in giallo; avviene pure, in più di un caso di malattia del fegato, che la pelle non perda niente del suo color naturale, mentre la tinta acquistata dall'orina attesta in questo liquido la presenza della bile. Che avvi d' altronde mai di sorprendente a vedere i materiali della bile, che il fegato non separa più dal sangue, escire dall' economia coll' urea, quando ad ogni momento noi veggiamo essere espulse con questo medesimo principio un gran numero di sostanze non assimilabili formatesi nell' economia, o statevi introdotte dall' esterno?

I materiali della bile, quando non sono più sufficientemente separati dal sangue per mezzo del loro organo eliminatore ordinario, possono pure uscire dall' economia per altre vie che pei reni. Sovente, per modo d'esempio, la materia della traspirazione cutanea ne è impregnata, e se gli ammalati hanno sudori, questi tingono la biancheria in giallo.

Ci è parso che il muco contenga bile, od almeno i suoi elementi, assai più rare volte dell' orina e del sudore. Il muco linguale, per modo d'esempio, non è più sovente giallo ne'casi d'itterizie che in qualunque altra affezione. Noi però abbiamo trovato una volta in un itterico, una singolare colorazione di questo muco e di quello fornito dalla membrana delle vie aeree: la faccia superiore della lingua era coperta da una patina densa avente un bel color verde porraceo; le mucosità espettorate, presentavano la medesima tinta. Le congiuntive e la pelle erano gialle come d'ordinario; l' orina presentava pure un color rosso di arancio, ordinario in essa ne' casi d' itterizia. Qual' era la causa di questa singolare differenza fra il colore della materia accidentalmente mista ai prodotti della secrezione delle membrane mucose, e il colore di quella che impregnava il tessuto reticolare della pelle e tigneva l' orina?

A chiunque ha meditato questi fatti risulta sommamente probabile, che in un certo numero di malattie nelle quali la causa sembra risiedere in una materia morbosa esistente nel sangue, sia che essa siavi stata introdotta dall' esterno, o siavisi formata, gli organi secretori fanno la parte importante di separare dal sangue i principj che lo alterano. Non è egli a questo modo, per esempio, che si può spiegare la notevole fetidezza delle secrezioni cutanee, intestinali ed orinarie, negli animali

che hanno ricevuto nelle loro vene materie putride? E che è pur quell'odore acido, caratteristico, che hanno i sudori, mentre dura la febbre del latte nelle puerpere? Gli è ben evidente che ciò può solo dipendere da un nuovo principio che mischiasi alla materia dell' esalazione cutanea, e che qui rivelasi col suo odore, come negli itterici col suo colore. Non è egli questo principio uno di quelli che debbono entrare nella composizione del latte? Una secrezione supplementaria lo separa dalla massa del sangue ove si forma, fino a che le mammelle siano sufficientemente preparate per espellerlo. Da ciò che ne vien egli inoltre? Che, se la glandola mammaria non compie convenevolmente il suo ufficio, i materiali della secrezione lattea resteranno nel sangue, dal quale dovranno essere espulsi, come abbiamo veduto che lo erano i materiali della bile, come lo sono pure, in altre circostanze, i principj dell' orina, per altre vie che pei reni. Se si ammettono questi fatti, non se ne eccettua che la conseguenza, ammettendo pure, sia la miscela de'principj del latte co'varj liquidi separati, sia anche la loro stasi, il loro deposito in certi organi, alla superficie delle sierose od altrove; e non può ivi, acciò la loro eliminazione venga favorita, operarsi un processo d' irritazione più o meno pericoloso? E se tale è la causa di questo, saranno egli, in tal caso, le emissioni sanguigne un mezzo molto efficace? Non sarebb' allora più ragionevole e più fisiologico attivare una secrezione, come, per esempio, quella del fegato o della membrana mucosa intestinale? È forse a questo modo che operava con successo il metodo purgativo praticato da Doublet e da altri medici, nei casi di febbri dette puerperali? Eravi adunque qualche

cosa non affatto irrazionale nell' antica credenza alle metastasi del latte.

Preghiamo il lettore di osservare che noi non diamo come provata nessuna di queste idee; ma domandiamo che vengano meditate, perchè più di un fatto, sia fisiologico, sia patologico, tende realmente a dimostrarne l' esattezza, e un'opinione abbandonata non è necessariamente per ciò solo falsa.

XXVIII. La nutrizione propriamente detta è gravemente alterata nella maggior parte de' casi di malattie croniche del fegato. Cionnondimeno allora non osservasi quasi mai quel marasmo estremo che accompagna la tisichezza polmonare. Avvi ben anche una produzione accidentale il cui sviluppamento nel fegato non cagiona il più delle volte deperimento veruno, a meno che essa non abbia invasa una parte assai grande del parenchima epatico: ciò sono le idatidi. Un ascesso poco voluminoso, una massa cancerosa di poco rilievo, sovente ben anche un semplice cambiamento di volume o di consistenza del fegato, producono un disordine più grande nella nutrizione di quello facciano questi entozoarj.

Le malattie del fegato, sia acute, sia croniche, possono ugualmente modificare le funzioni della vita animale, come quelle della vita nutritiva. Qui però non puossi più nulla dire di generale, essendovi tante modificazioni d' innervazione quanti sono gl' individui. Sonovi degli ammalati ne' quali il sistema nervoso resta nel suo stato normale, qualunque sia la disorganizzazione cui il fegato è andato soggetto. In altri, la più lieve irritazione di quest' organo rifluisce su l' encefalo; esso dà origine a que' varj gruppi di sintomi onde venne costituita la febbre atassica. Nel loro stato cronico

può accadere che le affezioni del fegato, nel tempo stesso che annunciansi solo per via di sintomi locali pochissimo sensibili, producano, colla loro azione simpatica sui centri nervosi, un numero assai grande di fenomeni morbosi, di cui a buona ragione si costituiscono delle neurosi, in questo senso che la loro sede trovasi nel sistema nervoso, delle quali però il vero punto di partenza si è l' affezione del fegato.

ARTICOLO QUARTO

OSSERVAZIONI PARTICOLARI.

Per quanta esattezza abbiamo cercato di porre nella descrizione generale da noi qui sopra data delle malattie del fegato, ben sentiamo quanto l' esposto sia lungi dal presentare le gradazioni infinite che queste malattie possono avere ne' loro caratteri anatomici, ne' loro sintomi, nel loro sviluppo, nelle loro complicazioni ec. Non potrassi raggiungere questo scopo che colla meditazione, sovente penosa ma sempre utile, di un certo numero di osservazioni particolari. Quelle che seguono porgeranno esempj di tutte le affezioni del fegato che, pel corso di sei anni, sono state da noi studiate sotto gli occhi di Lerminier, in un servizio in cui, in questo intervallo di tempo, sono stati ricevuti circa otto mila ammalati.

§ 1. *Osservazioni relative alle congestioni sanguigne del fegato.*

I. OSSERVAZIONE.

Affezione organica del cuore. Tumore all' ipocondrio destro, la cui apparizione coincide con ciascun aumento di dispnea. Fegato voluminosissimo ed ingorgato di sangue.

Un operaio in oggetti di latta avente l' età di quarantasei anni, diceva di essere asmatico fino dalla sua giovinezza. Un anno soltanto prima di essere assoggettato al nostro esame egli erasi avveduto di un leggier edema intorno ai malleoli; questo edema erasi esteso a poco a poco alla totalità de' membri addominali, procedendo da basso in alto; più tardi ancora, le borse e finalmente l'addome eransi gonfiati. Dopo tre mesi questa idropisia si dissipò; essa però ricomparve due mesi prima che l' ammalato venisse allo spedale; allora l' idropisia era presso a poco generale nel tessuto cellulare sotto-cutaneo; l' ascite era poca cosa; la respirazione estremamente difficile; la posizione sedendo era la sola in che l' ammalato poteva tenersi. Le pulsazioni del cuore estendevansi solo debolmente e con molta irregolarità nel loro ritmo, alla regione precordiale, in tutta l'estensione dello sterno, ed all'epigastrio; il polso appena si sentiva; sentivansi sovente di seguito molti battiti del cuore senza che fosse possibile avvertire le pulsazioni arteriose. L'ipocondrio destro era teso, senz'essere doloroso: vi si riconosceva per mezzo del tatto un corpo tondeggiante, il quale, sembrando partire dietro le coste, terminavasi con un' estremità ottusa un po' sotto al livello della regione ombellicale. Lerminier

prescrisse l'emissione sanguigna di una libbra e l'applicazione di venti mignatte all'ano. A misura che il sangue colava dalla vena, il malato sembrava rinascere: la sua respirazione facevasi più libera, e il polso sentivasi meglio. Il dì seguente alla mattina questo individuo che il giorno innanzi sembrava morente, non era più riconoscibile. La faccia aveva perduto la sua lividezza; il polso erasi fatto assai regolare e forte; le pulsazioni del cuore istendevansi in modo meno confuso. Un notabile cangiamento era avvenuto in pari tempo nell'ipocondrio destro, esso aveva ripreso la sua cedevolezza, e non vi si sentiva più tumore alcuno. Nel corso delle tre settimane seguenti lo stato dell'ammalato si mantenne presso a poco simile a quello che ci aveva presentato in seguito alla doppia emissione di sangue colla lancetta e colle mignatte. L'idropisia non aumentò, nè diminuì. Ma dopo un certo tempo, e senza causa nota, la difficoltà della respirazione tornò ad un tratto notabilissima; il polso si fece di nuovo estremamente debole ed irregolare; la faccia prese un color livido, e ad un tempo il fegato scese nuovamente nell'ipocondrio, ove, come la prima volta, si potè riconoscere agevolmente col tatto. Le emissioni sanguigne erano già sì ben riuscite che furono tentate di nuovo; ma questa volta esse non ebbero più la medesima efficacia; lo stato di asfissia si fece sempre più manifesto e l'ammalato non tardò guari a soccombere.

Sezione del cadavere.

Aspetto violaceo della faccia conservato dopo la morte; lividezza alle braccia ed alle gambe.

Sangue nero, simile a gelatina di ribes, nelle quattro

cavità del cuore, da esso distese. Vuotata dal sangue che conteneva, la cavità ingrandita del ventricolo destro non si affondava; le sue pareti trovavansi in uno stato d'ipertrofia. La cavità del ventricolo sinistro ha pure grandissime dimensioni, e le sue pareti hanno una grossezza che supera di molto quella del loro stato normale. I differenti orifizj del cuore sono liberi. Non trovansi nell'aorta che piccole macchie biancastre alla sua superficie interna. I polmoni sono ingorgati, ma sani.

Nell'addomine, il fegato è notabile pel suo volume; esso oltrepassa molti traversi di dito il lembo cartilaginoso delle coste: mediante l'incisione ed una lieve pressione, si fa sgorgare un'enorme quantità di sangue. Il suo tessuto, avente una consistenza ordinaria, presenta una tinta rossa presso a poco uniforme, più intensa nondimeno là dove esiste naturalmente la sostanza da noi chiamata spugnosa o cavernosa, e che sembra essere la più eminentemente vascolare. La vescichetta contiene una piccola quantità di bile gialla. Tutti i tessuti sono generalmente ingorgati di sangue.

Questa osservazione somministra un esempio notabile di congestioni sanguigne tutte meccaniche, delle quali il fegato può divenir sede negl'individui affetti da affezione organica al cuore. Nella parte più vascolare del fegato accumulasi sempre più tutto il sangue che, portato al fegato dalla vena porta, non può passare nel cuore, e da questo può anche rifluirne una certa quantità. Allora il fegato si gonfia, a quel modo che vedesi, per esempio, gonfiarsi il corpo cavernoso negl'individui che vengono strangolati. Ciò che avvi di singolare si è

l' estrema rapidità con cui, da una parte, il fegato può per tal modo acquistare soventi volte un volume prodigioso, e d' altra parte, esso riprende il suo volume normale, quando l' incaglio della circolazione venosa è fatto minore. Il pronto ritorno del fegato allo stato normale fu in questo caso ben manifesto consecutivamente alle emissioni sanguigne.

II. OSSERVAZIONE.

Congestione sanguigna attiva del fegato, senza alterazione della sua tessitura (Primo grado dell' epatite acuta). Itterizia febbrile. Tumore nell' ipocondrio destro. Irritazione simpatica del cervello.

Un operaio alla zecca, di mezza età, forte di complessione, pelle bruna, capelli neri, era attaccato, quando entrò nello spedale, da itterizia con febbre. Otto giorni prima la sua salute, fino allora buona, aveva cominciato ad alterarsi. Egli aveva risentito da prima un insolito malessere, una specie di pesantezza verso l' ipocondrio destro. Il dott. Rouzet, allora consultato, riconobbe l' esistenza di un tumore in questo ipocondrio, ed in breve la febbre sopraggiunse. Il malato venne salassato. Quando noi lo vedemmo, aveva un' itterizia apparentissima esistente da soli tre giorni: il polso era frequente e la pelle calda. Il malato non accusava dolore veruno; ma, palpando l' addomine, riconoscevasi agevolmente nell' ipocondrio destro il fegato sviluppato. Il tumore da esso formato estendevasi dal lembo cartilaginoso delle coste, dietro le quali pareva prolungarsi, fin sotto un poco al livello dell' ombellico: circoscrivevasi con facilità il margine tagliente dell' organo; il tumore non oltrepassava la linea bianca;

esso non cagionava dolore veruno, sia spontaneamente, sia mediante la pressione. La lingua era biancastra, senza punteggiature rosse; la bocca non era amara; l' appetito perduto, la sete assai viva, l' epigastrio indolente, le evacuazioni alvine ordinarie (esse erano gialle e mediocremente consistenti: eranvene state regolarmente una o due in quarantotto ore fino dal principio della malattia). Le orine erano poco copiose e di un giallo apparentissimo.

Questo individuo fu riguardato come assalito da un' epatite acuta (*Venticinque sanguisughe all' ano; tisane emollienti*).

Ne' cinque giorni seguenti, lo stato dell' ammalato si mantenne presso a poco lo stesso. Il moto febbrile era pure intenso e ciascuna notte sopraggiugneva un poco di delirio. La mattina del settimo giorno, partendo dal giorno dell' ingresso dell' ammalato allo spedale, il delirio notturno persisteva; egli riguardava fisamente le persone che lo attorniavano, senza rispondere alle loro dimande; poscia parlava da solo e teneva discorsi affatto incoerenti. La faccia era rossa; gli occhi injettati; la lingua conservava il medesimo aspetto de' giorni precedenti, il polso batteva centoquindici in centoventi volte per minuto; la pelle era ardente e secca; il colore itterico apparentissimo (*Venti mignatte sul tragitto di ciascuna jugulare; senapismi alle gambe, lavativo con un' oncia di solfato di soda*).

Nella giornata, alternative di coma profondo e di agitazione violenta, durante la quale manda di tempo in tempo un grido acuto che sembra indicare una viva sofferenza, reale od immaginaria. Nel corso della sera, l' allievo di guardia gli fa con molta difficoltà un salasso copioso. Il sangue estratto dalla vena si forma

in un coagulo piccolo e denso, coperto da una cotenna assai densa. Cionnondimeno, ne' due giorni seguenti gli accidenti cerebrali persistono non meno intensi e sotto la stessa forma; poscia cangiano rapidamente carattere: lo stato comatoso si fa continuo; il malato cade in un sopore da cui nulla vale a ritrarlo. Quando gli viene indirizzata la parola a voce alta e più volte, apre gli occhi a modo di chi si sveglia, non risponde nulla, li torna a chiudere e sembra addormentarsi di bel nuovo. Le membra sollevate ricadono pel loro proprio peso, quai masse inerti; cionnondimeno la pelle che le ricopre ha conservato un poco di sensibilità, e la forza di contrazione muscolare non è distrutta, poichè il malato le ritira con vivacità quando viene pizzicato. La lingua, osservata in fondo alla bocca, non sembra deviata dal suo stato normale. — D' altronde il tumore nell' ipocondrio destro è il medesimo; medesimo lo stato del polso; persistenza d' itterizia. Cionnondimeno i polmoni non tardano ad ingorgarsi; la respirazione si fa rantolosa, e il malato soccombe in una specie di stato apopletico, nel dodicesimo giorno del suo ingresso allo spedale, e ventesimo contando dall' epoca dell' apparizione de' primi fenomeni morbosi. Negli ultimi tre giorni, gli erano stati applicati de' vescicanti alle estremità inferiori, ed un altro alla nuca.

Autopsia del cadavere.

Le meningi erano assai vivamente injettate e dalla sostanza del cervello, tagliata a fette, vedevansi uscire da molti piccoli punti, orifizj di altrettanti vasi, delle goccioline di sangue. L' encefalo e le sue membrane erano dunque la sede di una congestione sanguigna

molto forte; cionnondimeno molte volte vedesi una simile congestione in alcuni individui, il cui sistema nervoso non ha presentato nessun turbamento funzionale. Poca sierosità era sparsa ne' ventricoli ed alla base del cranio. Le varie parti dell'encefalo furono esaminate ciascuna isolatamente colla massima cura; non vi si scoprì alterazione veruna, e neppure nella midolla spinale, esaminata fino al principio della sua porzione dorsale.

Negli organi toracichi non trovossi di rilevante che un ingorgamento sieroso de' polmoni assai notabile.

Il primo oggetto che ci ha colpito, incidendo la cavità addominale, fu il volume del fegato. Esso oltrepassava molti traversi di dito il lembo delle coste. Veduto esteriormente, aveva un color rosso intenso. Ad ogni taglio che vi si faceva scolava una quantità grandissima di sangue. D'altronde, il suo tessuto presso a poco uniformemente rosso, non presentava verun' altra alterazione valutabile. I canali biliari e la vescichetta non avevano alcuna lesione. Il tubo digerente, aperto dall'orifizio cardiaco dello stomaco fino all'ano, non presentava che vene injettate strisciariti in gran numero nel tessuto cellulare sotto mucoso dello stomaco e di varie parti dell'intestino tenue. Eranvi pure nel mesenterio grosse vene ingorgate di sangue. Gli altri organi furono trovati nel loro stato naturale.

Le cartilagini delle coste, le membrane fibrose inviluppanti dell'encefalo, del cuore e della milza, e il liquido contenuto nel canale toracico, presentavano un color giallo sensibilissimo. Questo era meno intenso, ma reale cionnondimeno, alla superficie esterna degli intestini.

La malattia di cui ora abbiamo esposta brevemente la storia, presenta due periodi distinti da studiare. Il primo è indicato da' sintomi locali e generali di un' affezione acuta del fegato; nel secondo appariscono sintomi nervosi gravissimi. Nel primo periodo avvi tumefazione del fegato, febbre ed itterizia; il dolore è nullo; non osservasi d' altronde sintomo alcuno che possa far presuppore essere stata l'affezione del fegato consecutiva ad una lesione delle vie digerenti; e dopo la morte queste furono trovate perfettamente sane. Non trovossi neppure, alla sezione del cadavere, ne' canali biliari cosa che fosse propria a spiegare l'itterizia. Aveva questa potuto essere prodotta soltanto dalla rilevante congestione sanguigna ond' il fegato era sede? D'altronde, durante la vita, noi avemmo la certezza che le vie escretorie della bile erano pur libere, poichè le evacuazioni alvine furono costantemente tinte in giallo. Ecco quindi un caso che dimostra la possibilità della produzione dell' itterizia, senza ostruzione preventiva de' condotti epatico o coledoco.

Prima che gli accidenti nervosi del secondo periodo fossero pronunciatissimi, eravi già stato pel corso di più notti un delirio intermittente che pareva dipendere da un' irritazione simpatica, onde il cervello facevasi periodicamente la sede. La morte fu risultamento manifesto di questa irritazione divenuta continua. Fuvvi da prima esaltazione, poi abolizione dell'innervazione; e, quando l' influenza nervosa ebbe cessato di operare, giusta il suo modo normale, sui polmoni, allora fu che l' ingorgamento di questi precedette di alcun poco l' estinzione della vita. Cionnondimeno, che troviamo noi proprio a spiegare tutti questi gravi sintomi, a rendere ragione del turbamento sì notevole dell'azione de'centri

nervosi? Un poco più di sangue dell'ordinario accumulato ne' vasi del cervello e delle sue membrane inviluppanti; un poco più di sangue dell'ordinario ingorgante pure i vasi del fegato, e nient'altro! ... Ben sovente trovansi simili congestioni, e niente di somigliante nei sintomi. Noi però non possiamo gran fatto rifiutarci a credere che, nel nostro caso particolare, questi ne dipendano: nata coll' itterizia e colla febbre, la congestione sanguigna del fegato, annunziata durante la vita dalla tumefazione dell' ipocondrio, pareva bene aver prodotto e questa itterizia e questa febbre. Il delirio notturno de' primi tempi pareva esserne pure una dipendenza; e se questa opinione è riguardata come non priva di fondamento, non farassi che accoglierne la conseguenza riconoscendo che un grado maggiore d' irritazione simpatica dell'encefalo, abbia potuto produrre tutti i disordini nervosi ulteriori. Ma la loro causa prossima e immediata, che ci sfugge e che stante la nostra ignoranza noi indichiamo col nome d' idiosincrasia e di disposizione individuale, nascondesi in certo modo dietro questa parte visibile. Ivi stassi quella forza ineguale di resistenza vitale con che si possono spiegare gli effetti infinitamente variabili prodotti da una medesima lesione. La più leggiere può riflettere su tutti i punti dell' economia e produrre la morte; la più grave, sotto l' aspetto de' disordini organici, può non determinare turbamento alcuno importante delle funzioni. L' opinione che noi qui enunciamo, ha trovato anche recentemente un appoggio nella dotta memoria di Louis su le morti impensate e repentine. Commetterebbonsi adunque gravi e continui errori se, dipendentemente dalle lesioni trovate sopra un cadavere si volesse indovinare quai sintomi siano occorsi durante la

vita. Si prenderebbono per tal modo, in più casi, strani abbagli.

Un numero assai rilevante di osservazioni ci autorizzano a pensare che le congestioni sanguigne attive del fegato, come quella la cui osservazione or ora letta ci somministra un esempio, non sono rarissime, sia quai malattie primitive o consecutive ad altre affezioni, e particolarmente ad una flemmasia delle vie digerenti. Esse vengono annunziate talvolta da una semplice tumefazione del fegato con o senza febbre, tal' altra, da questi medesimi sintomi ed oltre a ciò da un' itterizia, rare volte da dolore. Noi abbiamo veduto molti individui ne' quali questi varj sintomi continuavano poco tempo, e dopo la loro sparizione la salute trovavasi perfettamente ristabilita. In altri eravi una singolare disposizione al ritorno di queste congestioni epatiche. Abbiamo avuto occasione di osservare, fra gli altri, un giovane in cui, nello spazio di due anni, l' ipocondrio divenne cinque o sei volte per lo meno sede di un tumore, il quale, per la forma e situazione, doveva essere riguardato come appartenente al fegato tumefatto, un moto febbrile al tempo stesso manifestavasi; due volte soltanto egli ebbe itterizia. Questo gonfiamento dell' ipocondrio destro continuava ora alcuni giorni soltanto, ora quindici giorni o tre settimane. Ciascuna volta vennero applicate con successo all' ipocondrio delle mignatte. Queste congestioni epatiche hanno finalmente cessato di ritornare, e nulla indica che abbiano lasciato nel fegato qualche traccia di affezione organica.

In altri casi queste medesime congestioni possono veramente mostrarsi sotto forma cronica, esistere in modo continuo per un tempo assai lungo, senza che il fegato, esaminato dopo la morte, presenti veruna alte-

razione, eccetto un accumulamento insolito di sangue nel suo parenchima. Tale si è il caso dell' individuo soggetto della seguente osservazione.

III. OSSERVAZIONE.

Itterizia e tumefazione dolorosa dell' ipocondrio destro persistente da più di un anno. Nessun' altra alterazione dell' apparecchio biliare che un ingorgamento sanguigno del fegato. Duodenite cronica. Entero-colite acuta.

Una donna, in età di trentacinque anni, venne alla Carità verso la fine del mese di luglio 1820. Essa allora aveva un' itterizia. Ecco come ci espose l' origine della sua malattia. Da circa tre anni ella risentiva di tempo in tempo una mancanza di appetito, amarezza alla bocca, pesantezza epigastrica, spossatezza generale. Prendeva un vomitivo che faceva sparire questi varj sintomi; ma essi non tardavano a mostrarsi di nuovo, e venivano ancora combattuti collo stesso mezzo, oppure con purgativi. Un anno fa, avendo risentito ancora questi medesimi sintomi, ella prese due grani di emetico, come d' ordinario, senza consultare alcun medico. Ma questa volta ebbe a pentirsene; l' anoressia aumentò invece di diminuire; un dolore assai vivo si fece sentire verso la parte destra dell'epigastrio, e pochi giorni dopo si avvide che tutta la sua pelle era affatto gialla. Allora consultò un medico che le fece applicare da prima quindici mignatte all' ano, poi le diede per lungo tempo delle tisane e delle pillole, la cui natura ella non ci seppe indicare. Cionnondimeno, nel corso dell' anno passato fra l' apparizione dell' itterizia e l' ingresso dell' ammalato nello spedale, essa deteriorò sempre più; il color giallo della pelle non ces-

sò; il dolore della parte destra dell' epigastrio non fu che momentaneo, ma ad esso subentrò un sentimento abituale di difficoltà e di pesantezza all' ipocondrio destro, che l' ammalata stessa diceva di sentire più teso e più gonfio del sinistro. Di tempo in tempo, la semplice sensazione di difficoltà ch' ella vi riferiva, cangiavasi in un dolore più o meno acuto. L' ammalata non aveva nè nausee, nè vomiti, bensì un disgusto abituale per gli alimenti; cionnondimeno le poche sostanze nutritive, solide o liquide che introduceva nello stomaco, non vi producevano dolore. Le evacuazioni alvine, come ci assicurò l'ammalata da noi interrogata su questo punto con ogni cautela, non furono mai scolorite; erano brune o gialle, alcuna volta liquide e frequenti, più sovente rare e consistenti. Mai non era restata a letto.

Quando vedemmo questa donna, fummo sorpresi del suo stato di magrezza già inoltrato. Il colore itterico era distintissimo; le congiuntive di un bel giallo. Palpando l'addomine, riconoscemmo nell'ipocondrio destro una tensione che il sinistro punto non presentava: la pressione vi era dolorosa, e ci fu impossibile il circoscrivere esattamente un tumore. Il restante del ventre era cedevole ed indolente. L' anoressia completa; nessuna sete; la lingua aveva un color pallido, senza patina; le evacuazioni alvine erano colorate in giallo. Il polso aveva della frequenza solo verso la sera, e allora la temperatura della pelle elevavasi un poco. Le orine erano rare, di un bel giallo arancio.

Il tempo lunghissimo della durata dell' itterizia, il decadimento progressivo dell' ammalata, e il gonfiamento doloroso dell' ipocondrio destro, parevano annunziare una grave affezione del fegato, fors'anche una

degenerazione cancerosa di quest' organo. La natura delle evacuazioni alvine ci dava la certezza che i canali biliari non erano punto ostrutti. Le circostanze antecedenti sembravano pure annunziare un' affezione concomitante dello stomaco, o forse meglio, della parte superiore dell' intestino tenue. Lerminier fece praticare su la regione del fegato delle frizioni con una mistura di calomelano e di sugna; le diede per bevanda alcuni bicchieri di acqua di Vichy e del siero nitrato.

Pel corso di un mese nulla avemmo di nuovo da osservare su lo stato dell' ammalata. Ma, dopo questo tempo, stabilissi una copiosa diarrea; ne' tre o quattro primi giorni della sua esistenza, essa non fu accompagnata da verun sintomo grave; mignatte applicate all' ano, lavativi di amido con aggiunta di poche gocce di laudano non la moderarono; dieci o dodici evacuazioni alvine liquide, simili ad acqua colorita in giallo, occorrevano nel giro di ventiquattr' ore. Il quinto giorno dopo l' invasione di questa diarrea, l' addomine si gonfiò, il polso acquistò una frequenza abituale, la temperatura della pelle elevossi. Il settimo e ottavo giorno, febbre continua, evacuazioni alvine frequentissime ed involontarie, grande prostrazione, alterazione profonda delle fattezze del volto, parola inviluppata, lingua secca, bruna al suo centro, senza rossezza ai suoi margini. Morte il nono giorno in uno stato di adinamia.

Autopsia del cadavere.

Colore giallo apparentissimo della dura-madre e della superficie esterna del cervello. Del resto, niente nel sistema nervoso che meritasse attenzione.

La stessa tinta gialla di una piccolissima quantità di sierosità sparsa nel pericardio; polmone e cuore sani. Quest' ultimo organo contiene de' coaguli fibrinosi spogli di materia colorante. La sierosità contenuta nel canale toracico è pur colorata in giallo.

Questo medesimo colore manifestasi alla superficie esterna delle varie parti contenute nell' addomine. — La superficie interna dello stomaco era pallida; la sua membrana mucosa aveva in ogni sua parte una buona consistenza. Vedevansi in alcuni punti grosse vene piene di sangue serpeggiare sotto di essa. Tutta la superficie interna del duodeno, dalla valvola pilorica inclusivamente fin verso il principio del digiuno, presentava un color rosso brunastro sensibilissimo. I follicoli del duodeno, ordinariamente sviluppatissimi, lo erano ancor più dell' ordinario. Molti di essi sarebbersi presi quai grossi bottoni formati alla superficie della membrana mucosa. Questa era ad un tempo grossa e molto friabile. Il punto in cui il canale coledoco si apre era più sagliente dell'ordinario. Questo canale essendo stato aperto, e così pure il cistico, l' epatico e le divisioni principali di questo, non vi si trovò segno alcuno patologico; lo stesso avvenne della vescichetta del fiele. — Il fegato stesso era notabile pel suo volume; esso discendeva due traversi di dito sotto il lembo cartilaginoso delle coste, e il suo lobo sinistro gonfiato toccava la milza. L' incisione non lasciò scorgere nulla d' insolito nella sua tessitura; era solo ingorgato da moltissimo sangue che colava da ogni parte. — Continuando l' esame del resto del tubo digerente, noi trovammo l' intestino tenue generalmente bianco e sano ne' suoi quattro quinti superiori all' incirca. Ma nel suo quinto inferiore la membrana mucosa presentava una injezione

assai viva. Gl' innumerevoli vasi che vi si ramificavano le davano un bel colore rosso, che occupava pure le due facce della valvola di Bauhin e l' interno del cieco. Essa diminuiva nel colon ascendente, e più non esisteva nel traverso che era bianco. Mostravasi ancora un poco nell' *S* iliaco e nel retto. — Gli altri organi addominali non presentavano nulla di notabile.

Ecco qui pure un caso in cui, per ispiegare sintomi gravi e di lunga durata trovansi lesioni in apparenza assai leggeri, tali, che un esame un poco superficiale non avrebbe neppur lasciato scorgere. Per rendere ragione di un' itterizia che continua da un anno, d'imbarazzi della digestione ancora più antichi, di un declinamento progressivo nella salute, di un moto febbrile che accendevasi tutte le sere, di una febbre adinamica infine per cui il malato soccombette, non trovasi che un fegato un po' più voluminoso dell' ordinario, ed una colorazione bruna o rossa di una piccola parte del tubo digerente. Veggiamo nondimeno se mai possiamo stabilire una correlazione fra queste lesioni ed i sintomi osservati durante la vita. Non è egli all' esistenza di un' infiammazione cronica del duodeno che dovevano ascriversi i segni d' imbarazzo gastrico risentiti dall'ammalato di tempo in tempo, prima di divenire itterico? Non è egli questa duodenite cronica che inasprita dall' ultimo vomitivo preso dall' ammalata, propagossi al fegato e produsse quindi l' itterizia? La congestione sanguigna del fegato divenne cronica, al pari della duodenite che le aveva dato origine. Sotto l' influenza di questa doppia lesione la malata declinava sempre più; ella non avrebbe presentato sintomi più gravi, se per modo d' esempio, fosse stata attaccata da una doppia

degenerazione cancerosa dello stomaco e del fegato. Non istanchiamoci adunque di ripeterlo: la gravezza e la natura de' sintomi dipendono sovente assai meno dalla gravezza e dalla natura delle lesioni, che dalle disposizioni variate degl' individui ne' quali queste ultime sopraggiungono, dal grado di sensibilità degli ammalati, dalle simpatie più o meno numerose, più o meno attive, che vi hanno parte. D' altronde, non bisogna qui vedere soltanto fenomeni di quest' ordine; non bisogna dimenticare che nel duodeno il chimo comincia a trasformarsi in materia nutritiva. Ora, se questo intestino è cronicamente infiammato, può la chilificazione continuare ad effettuarsi? Ciò ha poca probabilità, ed ecco un' altra causa potente di decadimento. Il cattivo stato della nutrizione, in questa malata, sembrava doverla trascinare a poco a poco al sepolcro, quando sopraggiunse una nuova flemmasia acuta di un'altra porzione dell'intestino. La diarrea che l'annunziò da principio, fu presto seguita da sintomi più gravi, e l' ammalata soccombette in mezzo ad una febbre adinamica, la quale, assai manifestamente in questo caso, era sintomatica dell' entero-colite. Del resto, noi pensiamo che qualunque altra flemmasia acuta, sopraggiunta in simile circostanza, in un individuo, la cui nutrizione e la cui innervazione era stata già da lungo tempo da una malattia cronica profondamente alterata, avrebbe determinato questi medesimi sintomi di febbre adinamica. È attualmente per noi un fatto assai ben dimostrato, che le malattie chiamate *febbri gravi* dipendono meno dall'intensità della flemmasia locale, che dalle disposizioni in cui questa trova l' individuo da essa assalito.

Anche in questo caso l' itterizia era dipendente da

qualunque ostruzione de' canali biliari, e a vero dire, sarebbe assai difficile rendersi un conto esatto della sua produzione.

Come mai la doppia flemmasia cronica del duodeno e del fegato ha potuto prolungarsi per così tanto tempo, senza produrre nelle sue parti alcuna disorganizzazione, mentre in altri individui la congestione sanguigna meno rilevante per intensità e per durata, viene rapidamente seguita dalle più gravi alterazioni di nutrizione o di secrezione? Che che ne sia, si comprende, che dove non avvi ancora disorganizzazione, la guarigione è possibile, per quanto poco probabile apparisca, in ragione della lunga durata della malattia. L'osservazione seguente ci mostrerà un caso in cui i sintomi, essendo stati presso a poco que' medesimi che vennero menzionati nell'osservazione or ora esposta, l'ammalato non lasciò per questo di ricuperare la salute.

IV. OSSERVAZIONE.

Itterizia con tumore nell' ipocondrio destro.
Febbre etica, decadimento pel corso di quindici mesi. — Guarigione.

Un meccanico in età di trentanove anni, risentì, un anno circa prima di venire allo spedale, un dolore ottuso che occupava trasversalmente la parte inferiore del torace. Eravi ad un tempo, mal essere generale, grande abbattimento, perdita di appetito. Un' applicazione di mignatte all' epigastrio fece sparire questi sintomi, e l' ammalato si credette tornato alla salute. Cionnondimeno, ne'giorni successivi l' appetito, che era ritornato momentaneamente, fu di nuovo perduto, e in breve gli occhi, poi tutta la pelle, divennero gialli.

L' ammalato non seppe renderci che un conto assai imperfetto degli accidenti da lui in seguito sperimentati, e della cura da lui seguita. Sta però sempre che l' itterizia continuò per tutti gli undici mesi successivi; l' appetito non tornò più; la diarrea ricorse di tempo in tempo, e ad intervalli facevansi sentire dolori all' ipocondrio destro. Una magrezza grande succedette alla pinguedine esistita innanzi all' invasione della malattia. Sembra che per tutto questo tempo nessuna cura regolare sia stata seguita.

Quando questo individuo venne assoggettato al nostro esame, il nostro pronostico fu funesto. Egli era già nello stato di marasmo; un piccol moto febbrile occorreva tutte le sere, e durante la giornata il polso non perdeva mai un poco della sua frequenza. L' itterizia era manifesta specialmente su tutta la superficie cutanea. Palpando l' addomine, riconoscevasi una tumefazione insolita all' ipocondrio destro ed all' epigastrio. Premendo di basso in alto le pareti addominali, sentivasi, un po' sotto al livello dell' ombelico, un margine tagliente, che ci parve appartenere manifestamente al fegato. Ovunque sentivasi questo tumore, la pressione era un poco dolorosa. L' appetito nullo; non eranvi mai nè vomiti, nè nausee; le evacuazioni alvine, composte di materie dure e nere. La gravezza del nostro pronostico fondavasi principalmente su l' antichità dell' itterizia e del turbamento delle funzioni gastriche, e specialmente sul decadimento sensibilissimo dell' ammalato. Potevasi credere, a buona ragione, l' esistenza di una lesione organica dello stomaco e del fegato che era stato soggetto ad un notabile aumento in volume. Lerminier, il primo giorno, prescrisse l' applicazione di una dozzina di mignatte all' ipocondrio destro. Ne' giorni seguenti,

bagni, tisane emollienti, e per nutrizione solo alcuni brodi; più tardi, succhi di piante cicoriacee, pillole con sapone medicinale e calomelano; acqua di Vichy; per alimento soli brodi; alcune leggeri minestre o creme di risi. Dopo un mese di dimora allo spedale, il primo cangiamento osservato fu una modificazione nelle evacuazioni alvine; esse divennero gialle, meno consistenti e meno rare; poscia videsi successivamente la tumefazione dell' epigastrio e dell' ipocondrio destro farsi sempre minore; l' itterizia diminuire, il moto febbrile di ciascuna sera sparire, e tornar l' appetito. Tre mesi dopo il suo ingresso allo spedale, l'ammalato aveva riacquistate le sue carni; non aveva più itterizia; mangiava e digeriva bene. Egli abbandonò lo spedale in ottimo stato di salute.

La guarigione impensata di questo individuo fa credere non esistesse in lui, come nell' ammalato precedente, che una semplice congestione sanguigna cronica del fegato, o, se così vuolsi, un' epatite cronica del fegato, senza alterazione profonda della tessitura dell'organo. Simili casi sono assai rari perchè se ne faccia oggetto dell' attenzione del pratico.

Sembrava che la malattia avesse cominciato con un' infiammazione delle vie digerenti, la quale attaccata nel suo stato acuto mediante un' applicazione di mignatte, continuò sotto forma cronica e si propagò all'apparecchio biliare. Quando noi vedemmo il malato, il solo segno di affezione gastrica esistente era un' anoressia completa. Bastava egli questo sintomo per dimostrare l' esistenza di una gastrite? Che che ne sia, vengono applicate da principio delle mignatte là dove il tatto

aveva fatto riconoscere un ingorgamento epatico, e dopo alcuni giorni di una cura puramente antiflogistica, vengono dati del calomelano in pillole, de' sughi di cicoria, e dell' acqua di Vichy. Se vi fosse stata infiammazione gastro-intestinale, non avrebbero dovuto questi mezzi inasprirla? Ben lungi che ciò avvenisse, noi vedemmo tutti i sintomi gravi dissiparsi a poco a poco, mentre veniva praticata una tale cura, e ristabilirsi la salute contro ogni nostra aspettazione. I medici inglesi noterebbero con cura in questo fatto il cangiamento delle evacuazioni alvine che tornarono ad uno stato più naturale poco dopo che si ebbe cominciato ad amministrare il calomelano; eglino farebbero osservare che solo in seguito a questo cangiamento nella natura delle dejezioni alvine avvenne qualche miglioramento. Secondo alcuni, tale miglioramento dovrebbe spiegarsi con una revulsione operata sul tubo digerente; secondo altri, con un' azione specifica esercitata sul fegato dai medicamenti che vennero amministrati; secondo altri finalmente, con un' irritazione che nello stesso fegato subentrò ad un' antecedente. Quanto a noi ci limiteremo a comprovare il fatto, ed a dire che la guarigione si effettuò nel tempo stesso che amministravansi tali medicamenti, i quali avrebbono dovuto ritardarla giusta i principj della dottrina dell' irritazione. Faremo osservare nondimeno che il regime più severo cui l' ammalato venne sottoposto, l' osservanza più rigorosa delle regole dell' igiene possono pure aver avuto molta parte alla guarigione.

Non sarà, penso io, fuor di proposito ravvicinare a questa osservazione un fatto raccolto in città nella pratica di mio padre, e che somministra pure un esempio di guarigione di un'affezione del fegato stata riguardata

per lungo tempo come tale che doveva trascinare il malato al sepolcro. Io stesso ho potuto seguire questa malattia ne' varj suoi periodi; io stesso ho sentito e riconosciuto, sia all' epigastrio, sia all' ipocondrio destro, la presenza di tumori che poi sono compiutamente spariti.

La sig. marchesa di J. aveva avuto, pel corso di più anni, dolori quasi continui alla regione epigastrica, dolori che aumentavano dopo il pasto. Giunta alla sua età critica, le digestioni si fecero ancor più penose; l' appetito diminuì sempre più; la pelle acquistò un color giallo che, in breve, cangiossi in una vera itterizia; l' ammalata dimagrò, e stabilissi un moto febbrile, il quale da principio esisteva solo di sera e di notte, e divenne poscia continuo. Nel tempo stesso in cui eransi mostrati questi varj sintomi, si era cominciato sentire all' epigastrio ed all' ipocondrio destro una resistenza insolita. In breve, l' esistenza di un tumore in queste regioni non fu più dubbiosa; la sua forma e la sua situazione parevano indicare che questo tumore appartenesse al fegato; vi si sentivano alcune ineguaglianze. La pressione era generalmente dolorosa; eranvi alternative di costipazione e di diarrea. Nel corso di un anno circa l' ammalata giunse quasi all' ultimo grado di marasmo; le estremità inferiori erano abitualmente poco infiltrate. Molti medici, Lerminier e Portal fra gli altri, pensarono, unitamente a mio padre ed a me, che questa dama fosse attaccata da una affezione organica al fegato, e che il pronostico fosse gravissimo. L' ammalata era giunta al punto di non poter digerire più nulla. Vennero praticate frizioni mercuriali alla regione del fegato, senza che paressero fare nè bene, nè male. Un giorno, dopo aver preso per la

prima volta un poco di succo di smirnio, l' ammalata ebbe alcuni vomiti, e soprattutto una copiosa diarrea. Ma, cosa notabile, in seguito a questa specie d' indigestione, come diceva l'ammalata, essa sentissi meglio. Ciò che avvi di certo si è che, contando da quest' epoca (sia che fossevi vera correlazione o semplice coincidenza) la malattia, che fino allora pareva progredire sempre più in male, cominciò a presentare un aspetto meno cattivo. La febbre cessò di essere continua; la gonfiezza dell' ipocondrio e quella dell' epigastrio diminuirono; le specie di gibbosità od inuguaglianze che vi si sentivano non furono più sensibili; il colore itterico si fece meno apparente. Allora venne dato all' ammalata il latte di asina per unica nutrizione; ella lo sopportò assai bene, e finì a prenderne ciascun giorno una quantità grande. A poco a poco l' appetito ritornò; le funzioni digerenti ristabilironsi, l'ammalata cominciò a poter mangiare alimenti solidi, le sue carni tornarono, l' itterizia disparve compiutamente col tumore del fegato. Attualmente, sono già sei anni che la marchesa ha ricuperato una salute perfetta. Ella è grassa ed ha bastevole forza da poter fare lunghe corse. Mangia con appetito e digerisce ottimamente. In una parola più non riconoscesi in lei traccia veruna della malattia gravissima che pareva, secondo tutte le probabilità, dovesse trascinarla al sepolcro.

È osservabile che, ne' due casi di guarigione di malattie del fegato ora citate, il miglioramento ha cominciato a manifestarsi in seguito ad una modificazione prodotta dall' arte: nel primo caso, le evacuazioni alvine divengono a poco a poco più frequenti, più liquide, più gialle; nel secondo, una copiosa diarrea si stabilisce ad un tratto. Se fosse questo il luogo, noi

non temeremmo rammentare alcuni casi, da noi ben comprovati, ne'quali abbiamo veduto varj stati morbosi migliorare e guarire in seguito all' amministrazione del troppo famoso purgante *Le Roi*, che spacciato dall'ignoranza, ha fatto tante vittime. Più la direzione delle idee attuali allontana i medici da questo genere di medicazione, più diviene importante farsi istrutto de' suoi effetti, ed assicurarsi se così in questo, come nella maggior parte delle cose umane, un poco di bene non trovisi misto a molto male. A tale proposito, non so dispensarmi dal citar qui ciò che con mio padre ho veduto nella moglie del notaio Neuilly, presso a Parigi. Questa giovane donna aveva conservato, in seguito ad un primo parto, nella regione ipogastrica un' estrema sensibilità. I dolori risentiti in questa regione facevansi di tempo in tempo vivissimi; ad intervalli accendevasi la febbre; nessun tumore, d' altronde, nel basso ventre era sensibile. Il collo uterino, esplorato, non presentava lesione alcuna di qualche rilievo; nessun scolo per la via della vagina. L' ammalata restò in questo stato, stesa nel suo letto o sul canapè, pel corso di otto mesi; lo stare in piedi e il moto inasprivano in singolar modo i dolori ipogastrici. Le funzioni digerenti non parevano punto alterate. L' ammalata erasi dimagrata; era però ancor lungi dal trovarsi nello stato di marasmo. Fouquier, Marjolin e Moreau, chiamati molte volte a consulta, furono tratti a riguardare quest' affezione per una nevralgia uterina. Furono fatte assai volte all'ano, alla vulva ed all'ipogastrio, essendo l'ammalata di forte complessione e di temperamento eminentemente sanguigno, delle applicazioni di sanguisughe. Vennero prescritti de' semi-bagni semplici od emollienti, delle fomentazioni emollienti e narcotiche su l'addomine, delle

bevande diluenti e alcune preparazioni con oppio. Cionnondimeno l'ammalata non guariva; mantenevasi in uno stato stazionario che faceva disperare lei e chi la curava. Dopo otto mesi di sofferenza, alcuni amici la indussero ad affidarsi alle cure di un individuo il cui nome mi è ignoto, e che, abbandonando la cura antiflogistica fino allora adoperata, essendo paruto il solo mezzo razionale, amministrò purganti energici frequentemente ripetuti. Poco tempo dopo che questa nuova medicazione venne posta in opera, avvenne un miglioramento notabile, e, in capo a sei settimane circa, la donna aveva ricuperata una salute perfetta che conserva tuttora.

Di che trattasi nello stato attuale della scienza? Di ben confermare l'esattezza di simili fatti, e, se veramente sono trovati esatti, di determinare sperimentalmente le circostanze favorevoli all'uso di siffatta medicazione. Poscia, è permesso a ciascuno di spiegarne i successi secondo tale o tal'altra teorica.

V. OSSERVAZIONE.

Gastrite cronica. Epatite intercorrente; tumore indolente nell'ipocondrio destro, itterizia. — Guarigione dell'affezione del fegato.

Un commesso di mercante, in età di sessantatrè anni che già da molti anni aveva digestioni penose, l'epigastrio abitualmente doloroso, e vomitava sovente acque nere ec., ebbe a sofferire, un mese prima di venire allo spedale, un forte dispiacere. Ne' seguenti quindici giorni, dolore più vivo all'epigastrio, nausee frequenti, anoressia completa, e in capo a questi quindici giorni un'itterizia si fece palese. Dopo la persi-

stenza di quest' ultima per un' altra quindicina, il malato venne allo spedale.

Allora tutta la pelle era colorata in giallo, e così pure le congiuntive. Palpando l' addomine, sentivasi il margine tagliente del fegato due buoni traversi di dito sotto il lembo cartilaginoso delle costole. La pressione non determinava in questo punto dolore veruno. La lingua era naturale, l' epigastrio mediocremente sensibile; occorrevano frequenti eruttazioni; il malato vomitava di tempo in tempo, in quantità assai grande, un liquido giallo ed amaro, avente tutti i caratteri fisici della bile; non eravi adunque obliterazione de' canali coledoco o epatico. Ma, cosa notabile, nel tempo stesso che in una ai vomiti veniva rigettata della bile in abbondanza, le dejezioni alvine erano affatto scolorate, simili ad argilla; però rare. Eravi mancanza totale di febbre (*Tisana di gramigna; dodici grani di calomelano*). Quest' ultimo medicamento non procurò veruna evacuazione alvina. Ne' cinque giorni seguenti, medesimo stato. Vivo prurito alla pelle; orina di color rosso arancio intensissimo (*Siero nitrato; lavativi emollienti*).

Vennero allora prescritte due once di olio di ricino da prendersi in molte tazze di brodo con erbe. Occorsero cinque a sei evacuazioni alvine. Ne' due giorni seguenti (*Lavativi con un' oncia di solfato di soda, ed una mezza di follicoli di sena ec.; siero con un grosso di acetato di potassa*). Tre o quattro giorni dopo si ricorse di nuovo all' olio di ricino. Sotto l' influenza di questa medicazione, ecco qual serie di fenomeni si videro sopraggiungere: i vomiti biliosi cessarono a misura che evacuazioni alvine della medesima natura si stabilirono. Il tumore dell' ipocondrio destro diminuì, poi

disparve. Le orine presero un aspetto più naturale, il color giallo della pelle divenne meno sensibile, il polso restò costantemente senza frequenza. Quando le cose furono a questo punto, Lerminier prescrisse alcuni bicchieri di acqua di Vichy e pillole composte di sapone medicinale e di calomelano (*Due grani di ciascuna sostanza*). Alcune frizioni vennero fatte all'ipocondrio destro, con unguento composto di un'oncia di oglio e cera e di un grosso di mercurio dolce. — Dopo tre settimane di dimora allo spedale, non eravi più traccia alcuna d' itterizia; l' ipocondrio destro aveva ripreso tutta la sua cedevolezza, i vomiti erano cessati già da lungo tempo, e le funzioni digerenti erano in sufficiente buono stato perchè il malato potesse mangiare senza inconveniente la mezza porzione. — Egli abbandonò lo spedale.

Questa osservazione è notabile sotto l' aspetto della successione, dell' ordine di concatenazione de'fenomeni morbosi, e sotto quello della terapeutica praticata.

Il malato aveva già da lungo tempo tutti i segni di una gastrite cronica, quando in conseguenza di una viva emozione morale questa gastrite inasprì, e più tardi manifestaronsi i sintomi di un' affezione del fegato. È possibile che in questo caso siavi stata un' infiammazione di canali biliari; ma il fatto sta, che le materie vomitate dimostravano che questi canali non erano punto obliterati e che la bile perveniva al duodeno. Ciò però che eravi di notabile si è che, mentre molta bile veniva vomitata, non eravene alcuna nelle materie fecali; talchè sarebbesi detto, a misura che giugneva nel duodeno, essere stata essa, da un moto peristaltico di questo intestino, respinta verso lo sto-

maco. Tutto ciò che sappiamo circa all' affezione del fegato si è, che eravi itterizia e gonfiezza notabile di quest' organo. Cionnondimeno dopo un certo tempo, e a misura che le evacuazioni alvine cominciarono ad essere colorate dalla bile, ogni indizio di affezione del fegato disparve; e quando l'ammalato lasciò lo spedale, gli antichi sintomi di gastrite cronica erano pur essi assai mitigati.

Che se ora cerchiamo sotto l' influenza di quale medicazione sembrarono effettuarsi la guarigione della malattia del fegato ed il miglioramento di quella dello stomaco, troveremo che tutto ciò avvenne nel mentre amministravansi i purganti. Noi però non dimenticheremo che, mentre in questo caso particolare que' purgativi hanno avuto benefica influenza su la doppia malattia dello stomaco e del fegato, determinando forse un flusso revulsivo sur una parte più inferiore del tubo digerente, in altre circostanze, pel contrario, l' amministrazione di questi medesimi purganti ha un' azione affatto opposta, irrita il fegato e produce un' itterizia. Tratterebbesi ora di poter determinare con precisione i casi in cui avviene l' uno o l' altro di questi effetti. Abbiamo veduto d' altronde, più d' una volta, vomiti biliosi ostinati con costipazione e accompagnati da febbre, resistere alle applicazioni di mignatte su l' epigastrio, e sparire nel tempo stesso che copiose evacuazioni alvine sollecitate da un purgante si stabilivano. La febbre cessava pure e la salute veniva prontamente ricuperata. Potremmo citare, fra gli altri, il caso assai notabile di un nostro intimo amico. Verso il principio della corrente state egli perdette l' appetito; poi fu preso da vomiti di bile frequentissime volte ripetuti, che, quando noi lo vedemmo, continuavano da tre

giorni. Le mignatte applicate all' epigastrio parevano non aver prodotto nè bene nè male; un grano di emetico amministrato, non aveva neppur esso avuto successo veruno. Il colore della faccia era giallastro; la lingua, coperta da una grossa patina biancastra, era larga e senza rossezza. L' epigastrio un poco sensibile alla pressione; le evacuazioni alvine rare. Il malato aveva incessantemente, secondo la sua espressione, *il cuore su le labbra*, e, ad intervalli non grandi vomitava in molta copia un liquido giallo ed amaro; il polso era frequente e forte e la pelle calda. Che era a farsi in tale circostanza? La cura antiflogistica fino allora seguita, non aveva avuto effetto, il vomito artificialmente provocato non aveva avuto miglior successo per arrestare il vomito naturale. D' altra parte, la lingua non annunziava veruno stato reale d' irritazione delle vie digerenti. Ci parve che la bile separata in gran copia e portata nello stomaco, invece di colare verso gl' intestini, fosse la causa principale degli accidenti; la sua presenza irritava lo stomaco che la rigettava; quindi ne veniva la reazione febbrile. Noi pensammo che la principale indicazione da adempiere, fosse di cangiare questo corso insolito della bile, e fors' anche di renderne la secrezione meno copiosa, ponendo in azione quella della membrana mucosa intestinale. Venne amministrato un purgativo, e, operato o no ch' esso abbia, giusta le indicazioni che noi cercavamo di adempiere, fatto sta, che quando le evacuazioni alvine cominciarono ad aver corso, i vomiti cessarono e più non apparirono. Il dì seguente trovammo il malato che congratulavasi del suo stato. Alla notte aveva dormito bene; più non sentiva nè nausee, nè peso all' epigastrio; *il moto febbrile più non esisteva.* I giorni se-

guenti, mediante le opportune precauzioni igieniche, egli venne pienamente ristabilito.

Che non ci si rimproveri d'insistere sopra simili fatti: più essi sono in opposizione colle idee mediche a' nostri dì sparse, più crediamo utile chiamare sopra di essi l' attenzione de' pratici, credendole noi esatte ed importanti a conoscersi. Negandoli, non si può far che non esistano; sperimentisi, poi giudichisi, ma non s' incominci a chiamar errore un paradosso, poichè allora più non avvi progresso possibile nella scienza. Quanto a noi, siamo convinti esservi a fare su l' azione dei purganti un lavoro importante che forse contribuirebbe a chiarire l' etiologia e la terapeutica di un certo numero di stati morbosi (*).

Riassunto delle precedenti osservazioni.

Le osservazioni esposte ci sembrano presentare dell' interesse sotto più di un aspetto:

1.° Sotto il rapporto dell' etiologia esse dimostrano, che le malattie del fegato possono essere consecutive ad una flemmasia gastro-intestinale, ma che in altri casi sono primitive. Non avvi mestieri, su questo soggetto, di citare numerose osservazioni; basta un sol fatto ben raccolto.

2.° Esse presentano esempj di varie gradazioni di epatite acute o croniche, di congestioni sanguigne stabilite sul fegato, e che possono essere soltanto passeg-

(*) Non è già nostra mente che ci si creda su la nostra parola; ma, e noi pure abbiamo il diritto di esigere che non si neghino i nostri risultati, prima di averli sperimentalmente verificati.

giere, o persistere assai lungo tempo, senza che in quest' organo ne risulti alcuna grave alterazione nella nutrizione, o senza che secrezioni morbose vi traggano origine.

3.° Simili affezioni del fegato possono terminarsi colla morte, sia nel loro stato acuto, reagendo simpaticamente sui centri nervosi, sia nel loro stato cronico, col decadimento progressivo da esse occasionato; ma nel maggior numero de' casi questo declinamento proviene tanto da un' affezione concomitante del tubo digerente, come dalla malattia del fegato.

4.° Esse possono pure terminare felicemente col riacquisto della salute, sia nel loro stato acuto, sia nel loro stato cronico, dopo che hanno prodotto il decadimento negli ammalati, e fatto luogo alla maggior parte de' sintomi che indicano ordinariamente le più gravi degenerazioni del fegato.

5.° Nel loro stato acuto, esse possono manifestare la loro esistenza sia soltanto per mezzo di un moto febbrile con reazione simpatica più o meno sensibile sopra differenti organi, senza che d' altronde siavi nè tumore all' ipocondrio, nè itterizia, nè dolore; sia per mezzo di quest' ultimi sintomi che possono esistere isolati o riuniti.

Nel loro stato cronico queste congestioni sanguigne od epatiti possono simulare co' loro sintomi, come fu detto (Coroll. 4.°), le varie alterazioni di tessitura onde si parlerà ne' paragrafi seguenti:

6.° Esse possono essere continue o mostrarsi solo in modo intermittente.

7.° L' itterizia che sovente le accompagna, non va sempre combinata con una ostruzione de' canali biliari.

8.° In queste malattie abbiamo veduto riuscire due

modi di cura; *a*, la cura antiflogistica; *b*, la cura per mezzo di purganti.

9.° Quest' ultima specie di cura ha prodotto risultamenti abbastanza notabili da meritare che i pratici cerchino pure ottenerli, applicandosi alle medesime ricerche da noi fatte.

10.° Sonovi altri casi in cui la cura per mezzo dei purgativi è stata manifestamente nociva.

11.° Resta a determinare con più rigore che non abbiamo fatto noi, quai siansi i casi in cui l' una o l' altra di queste cure può essere praticata con maggior vantaggio. I casi in cui il metodo evacuante si è mostrato efficace possono eglino tutti spiegarsi colla teorica della revulsione? Noi ne dubitiamo.

§ 2. *Osservazioni relative alle alterazioni di nutrizione del parenchima del fegato.*

Nelle osservazioni precedenti noi non abbiamo veduto altra alterazione nel fegato che un' accumulazione di sangue insolita entro il suo parenchima. L' osservazione ci ha mostrato che questa congestione sanguigna attiva, questo primo grado d' infiammazione, può continuare all' indefinito nel fegato, senza che questo si alteri più profondamente. Ma in altri casi, sia consecutivamente a questa stessa congestione sanguigna, sia nel tempo medesimo in cui essa apparisce, sia senza che si possa dimostrare in altro modo che per via di analogia che essa mai non sia esistita, la nutrizione del fegato allontanasi molto dallo stato normale, d'onde risultano: 1.° diverse modificazioni nella sua forma, nel suo volume, nel suo colore e nella sua consistenza: 2.° cangiamenti più o meno sensibili nella sua circola-

zione; e per conseguenza, varj sintomi locali o generali in relazione colle differenti specie di alterazioni cui l' organo è andato soggetto.

A. ALTERAZIONI DI NUTRIZIONE DEL FEGATO, CON AUMENTO O CONSERVAZIONE DEL SUO VOLUME NATURALE.

VI. OSSERVAZIONE.

Ipertrofia generale del fegato. Gastro-duodenite cronica. Passo d' itterizia.

Un compositore di stamperia, in età di quarant'anni, venne alla Carità nello stato seguente: magrezza grande; faccia pallida; macchie color di rame su la pelle del torace, del dorso e delle membra. Lembo tagliente del fegato che facevasi sentire in modo assai distinto un po' sotto al livello dell' ombelico, e poteva essere seguito a sinistra per l' estensione di due o tre traversi di dito oltre questo punto. In tutto lo spazio circoscritto da due linee rette supposte estese, una dal mezzo del margine cartilaginoso delle false coste sinistre fino ad un po'sotto all'ombilico, e l'altra da quest'ultimo punto fino al fianco destro, sentesi un corpo duro, con superficie liscia, terminante inferiormente al lembo tagliente da noi indicato, i cui limiti a sinistra non possono essere rigorosamente indicati, e che in alto sembra continuare dietro le coste. Noi non dubitammo punto che questo corpo non fosse il fegato sviluppato. Il tumore da esso formato era affatto indolente. Ma quando il malato mangiava, o beveva vino puro, risentiva all' epigastrio un dolore ora passeggiero, ora continuato per molte ore. La lingua aveva il suo aspetto

naturale, oppure, se allontanavasene, ciò era soltanto per un pallore più grande. Eravi anoressia abituale, senza aumento di sete, senza nausee, nè vomiti. Le evacuazioni alvine erano rare, formate da materie dure e brune; l' orina poco abbondante, rossa e sedimentosa: il polso abitualmente frequente, senza che la pelle fosse calda. Il malato ci dice che, sei anni prima del suo ingresso allo spedale, egli aveva preso molto liquore di Van-Swieten ed una quantità grande di salsapariglia; che questi rimedj non liberandolo da buboni voluminosi e indolenti sopraggiuntigli all' ano in conseguenza di cancri al pene, aveva preso, per consiglio di un individuo, il quale aveva giudicato su la natura della sua affezione dalle qualità delle sue orine, una certa quantità di acido solforico combinato a sal di tartaro. Ma, dopo molti giorni che faceva uso di questo nuovo rimedio, egli fu preso tutto ad un tratto da un vivo dolore lacerante all' epigastrio, la cui apparizione venne acccompagnata da una perdita momentanea della facoltà di conoscere, e da moti convulsivi come epilettiformi. Pel giro di quindici giorni seguenti il malato si tenne a letto; il dolore epigastrico prese a poco a poco la sua prima intensità; ma, contando da quest' epoca, le digestioni sonosi fatte penose, dolorose; l' appetito si è perduto, le forze e le carni sono gradatamente diminuite. Il malato non erasi accorto dell' esistenza del tumore formato dal fegato, cosa non sorprendente, poichè esso non sporgeva traverso le pareti addominali e non era doloroso.

Quest' uomo visse sei settimane all' incirca nello spedale. Durante questo tempo noi lo vedemmo farsi magro e impallidire sempre più. Propriamente parlando, egli non ebbe mai febbre. Ne' dieci ultimi giorni della

sua esistenza vomitò in quattro volte differenti e in copia grande ciascuna volta, una materia nera simile al deposito di caffè; quindi, alterazione sempre più profonda de' lineamenti del volto, raffreddamento delle estremità, assopimento e morte.

Sezione del cadavere.

Levate le pareti addominali, il primo oggetto che ci colpì fu il volume enorme dal fegato acquistato. Esso copriva una gran parte degl' intestini, estendevasi al basso, fino un po' sotto al livello della cresta iliaca, ed oltrepassava di molto la linea bianca; presentavasi rispetto al suo volume e relativamente a quello degli altri organi, quale osservasi nel feto. La sua superficie esterna presentava le due sostanze naturali del fegato in modo ben distinto. Nell' interno le si trovavano ugualmente. Del resto nulla eravi di anormale nella tessitura dell' organo: non era nè più duro, nè più molle dell' ordinario; incidendolo, vedevasi colare solo una mediocre quantità di sangue. La vescichetta del fiele non conteneva bile più dell' ordinario; questa aveva un color giallo chiaro. Nulla d' insolito venne osservato ne' canali epatico, cistico, e coledoco.

Lo stomaco, piccolo e contratto, era intieramente nascosto dal fegato; le sue pareti dure al tatto. La sua superficie interna aveva un color grigio di ardesia in tutta la sua estensione, e quasi bitorzolata (*). Quest' ultimo aspetto dipendeva dalla notabile ipertrofia

(*) Questa espressione è di Louis, che pel primo ha descritto questo stato particolare della membrana mucosa gastrica, e lo riguarda, come noi, prodotto da una flemmasia cronica.

cui la membrana mucosa era stata soggetta. L'ipertrofia era ineguale in intensità ne' varj punti dello stomaco: dov'era maggiore, la sua esistenza veniva annunziata da specie di bolle o di bitorzoli, e fra essi esistevano affondamenti ove la membrana mucosa era più sottile. Il tessuto cellulare sotto-mucoso partecipava un poco, specialmente verso il piloro, dell'ingrossamento della membrana che lo ricopriva. — Il duodeno presentava alla sua superficie interna lo stesso color grigio di ardesia, già nello stomaco trovato. Il resto del tubo digerente non aveva nulla di notabile. — La milza era un poco voluminosa, di mediocre consistenza, in una parola, quale presentasi allora che viene riguardata nel suo stato normale. — Le capsule surrenali ci parvero notabili pel loro grande sviluppo. L'apparecchio orinario era sano. — Una quantità grandissima di materia colorante nera era depositata nel tessuto cellulare, sia interlobulare, sia intervescicolare de' polmoni; eravene pur molto ne' gangli bronchici.

Noi esaminammo con attenzione le macchie color di rame onde molte parti della pelle erano coperte. Esse esistevano unicamente fra l'epidermide che non era in modo alcuno colorato, e il dermide propriamente detto, che non lo era neppur esso. Quindi le macchie avevano la loro sede in quella medesima parte della pelle, in quel corpo mucoso di Malpighi, in cui nei negri separasi la materia colorante nera.

Questa osservazione ci porge un esempio di malattia del fegato consistente unicamente in una nutrizione più attiva di quest'organo, simile a quella onde il cuore diviene sovente la sede. Eravi aumento nel numero

delle sue molecole, senza che d'altronde la loro densità, tessitura, composizione anatomica o fisica, fossero modificate. Puossi egli affermare che la produzione di tale stato fosse preceduta da infiammazione, o semplicemente, se così vuolsi, da un afflusso sanguigno, più abbondante e più attivo di quello onde il fegato è ordinariamente sede? Non potrebbesi ben anche supporre che la quantità stessa di sangue usuale arrivando al fegato, separasse in virtù di una elaborazione più attiva, una quantità maggiore di materiali nutritivi?

Fra' varj sintomi dall' ammalato presentati, nessuno parve appartenere all' affezione del fegato. Non vi fu nè itterizia, nè produzione d'idropisia; infatti, non eravi ragione perchè questa si producesse, essendochè il fegato, propriamente parlando, non era ingorgato; i suoi vasi non erano ostrutti. I gravi accidenti, il declinamento e la morte, sembrano doversi soprattutto ascrivere alla gastro-duodenite. La causa sotto la cui influenza questa si sviluppò, è evidente. Essendosi mostrata da principio sotto forma acuta, in conseguenza dell' introduzione di una certa quantità di acido solforico nello stomaco: essa persistette sotto forma cronica pel corso di sei anni, dopo i quali l' annichilamento sempre completo delle funzioni digerenti produsse il marasmo e la morte. È verisimile che l' ipertrofia del fegato fu consecutiva alla flemmasia gastro-duodenale, e questa circostanza potrebbe indurre a credere che fosse il risultamento di un processo infiammatorio.

Si avrebbe potuto pensare *a priori* che in un caso in cui la nutrizione del fegato aveva acquistato un aumento sì straordinario, la secrezione della bile avesse dovuto farsi, in proporzione, più copiosa. Cionnondimeno questo non avvenne: durante la vita poca bile

era stata evacuata, e dopo la morte la vescichetta del fiele non ne conteneva che una piccola quantità; quella medesima che vi era rinchiusa sembrava composta di acqua e di albumina più dell' ordinario, come se, nel tempo stesso che la nutrizione del fegato acquistava maggiore attività, la sua forza di secrezione fosse diminuita. L' osservazione seguente servirà forse ancora a confermare tal congettura: essa ci presenterà infatti un esempio d' itterizia senz' altra alterazione del fegato che una semplice ipertrofia.

VII. OSSERVAZIONE.

Ipertrofia generale del fegato, con itterizia. Diarrea alcun tempo innanzi la morte, senz' alterazione sensibile dell' intestino. Assottigliamento delle pareti dello stomaco.

Un giardiniere, in età di trentatrè anni, presentava un color giallo verdastro di tutta la superficie cutanea, quando venne allo spedale. Egli ci disse che aveva il giallume da circa tre anni; ch'eragli sopraggiunto senza potersi da lui assegnare causa alcuna; che prima della sua apparizione aveva goduto di una buona salute, e che nel primo anno non erasi nemmeno sentito ammalato: ma, a poco a poco, ne' due anni successivi, le sue forze erano diminuite, uno stato di magrezza notabile era subentrato alla floridezza abituale delle sue carni, aveva perduto l' appetito, e, senza mai risentire vero dolore all' epigastrio, risentiva, dopo aver mangiato, della pesantezza ed una specie di ripienezza in questa regione; egli aveva di tempo in tempo flusso di corpo.

Quando questo malato venne assoggettato alla nostra osservazione, riconoscemmo nell' addomine un tu-

more affatto simile a quello da noi nella sesta osservazione descritto. Esso aveva la medesima forma, la medesima estensione; al pari di quello, non era doloroso; la lingua naturale, la bocca senz' amarezza, le dejezioni alvine rare, di consistenza mediocri e *bianche*. Tutta la nutrizione del malato consisteva in due brodi ai quali aggiugnevansi alcune fecule. Il polso era abitualmente senza frequenza. La pelle sede di un prurito incomodissimo. — Noi vedemmo questo individuo cadere in un marasmo sempre maggiore; verso gli ultimi tempi di sua vita una diarrea sierosa abbondante si stabilì ed accelerò la morte. L' ammalato era stato sottoposto ad una cura puramente raddolcitiva.

Autopsia del cadavere.

Il fegato, avente un volume enorme, toccava al basso la cresta iliaca destra ed estendevasi a sinistra fino nel fianco. Del resto, la sua tessitura non sembrava in modo alcuno alterata, e coll'incisione o colla pressione non facevasi colare che una quantità mediocre di sangue. La vescichetta conteneva soltanto un liquido sieroso, lievissimamente colorito in giallo. I canali biliari erano vuoti, e la loro membrana mucosa aveva un color grigio, senza però sembrare nella sua tessitura alterata.

La superficie interna dello stomaco era pallida, anche in tutta la sua porzione splenica; le sue pareti erano talmente assottigliate da riuscire trasparenti; invano vi si cercavano alcune tracce della tunica muscolare; la membrana mucosa stessa non eravi più in realtà apparente; tutto ciò che vi si vedeva, era una trama cellulosa, liscia e pulita al di fuori per formare

il peritoneo. Noi non trovammo nel tubo digerente alcun' altra alterazione sensibile; la superficie interna dell' intestino grosso, in particolare, era bianca, e la mucosa aveva la grossezza e la consistenza del suo stato fisiologico.

La milza era poco voluminosa, di consistenza mediocre, in apparenza sana.

Questo caso si rassomiglia a quello che è soggetto della sesta osservazione, e per la natura dell'alterazione del fegato, e per la mancanza sia del dolore, sia dell' idropisia. Ma nel soggetto della sesta osservazione non eravi nessuna itterizia; solo gli elementi della bile contenuta nella vescichetta sembravano essere meno copiosi dell' ordinario. Qui eravi un' itterizia apparentissima, e nulla dimostrava che, in questo fegato in uno stato d' ipertrofia, la bile fosse ancora separata, oppure essa lo era soltanto in piccolissima quantità. Infatti la vescichetta non conteneva, in luogo di bile, che un poco di sierosità alquanto giallastra, i canali biliari erano scoloriti, come se la bile da lungo tempo più non li avesse attraversati, e durante la vita le evacuazioni alvine non parevano contenerne. Sembrava adunque che, a misura la nutrizione del fegato acquistava un grado insolito di attività, la sua forza di secrezione si fosse sempre più diminuita e finalmente del tutto annientata. I materiali della bile non trovando più un passaggio attraverso il loro emuntorio naturale, o venendo solo in modo imperfetto dai reni eliminati, restavano in parte nel sangue, e la materia colorante della bile aveva impregnato molta parte del tessuto, ov' erasi depositata; quindi, la produzione dell' itterizia.

Ma qual fu però la causa del decadimento progressivo del malato? È egli da ammettersi che la presenza insolita e lungamente prolungata de'materiali della bile nel sangue, producesse un' influenza funesta nella nutrizione e nelle proprietà vitali delle varie parti cui questo distribuivasi? È egli il processo attivo di nutrizione onde il fegato era sede, che, concentrando su quest' organo una somma di forze troppo grande, opponevasi a ciò, che le altre parti potessero riparare convenevolmente le loro perdite? Non v' ha dubbio che l' una o l' altra di queste cause abbia potuto contribuire al decadimento del malato; ciò però che non devesi dimenticare qual causa del suo declinare, si è lo stato dello stomaco. Nello stato di atrofia in cui una gran parte della sua estensione trovavasi, poteva esso effettuare ancora convenientemente la chimificazione? Quindi, durante la vita, eravi anoressia e pesantezza epigastrica dopo l' ingestione degli alimenti. Ma questa atrofia e questo assottigliamento delle pareti gastriche, erano essi risultamento di un' infiammazione, di un'irritazione antecedente? Nulla lo prova.

Non ommetteremo neppure di far osservare la diarrea esistita negli ultimi tempi della vita, e alla cui spiegazione non troviamo nell' intestino alterazione alcuna valutabile. Coloro i quali vogliono che, ovunque avvi aumento di secrezione abituale, siavi stato aumento antecedente di afflusso sanguigno, processo d' irritazione, lo ammetteranno pure in questo caso, quantunque l' anatomia patologica non ne sveli traccia veruna. Sarebbe mestieri allora cominciare a dimostrare che effettivamente, tutte le volte che un liquido si separa dal sangue in quantità maggiore dell' ordinario, siavi stata, nella parte in cui questa separazione avviene,

esaltazione vitale, irritazione, infiammazione. Ma, alla fin fine, in molti casi ciò non è altro che un' ipotesi, cui molte altre potrebbono ugualmente sostituirsi.

Inoltre vi sono fatti che combattono direttamente questa ipotesi: avvi forse irritazione nella pelle fredda e scolorata di un individuo che sta per morire, o cade in deliquio? Sovente nondimeno questa pelle agghiacciata e privata di sangue, si copre di un sudore copioso.

In questo caso e nel precedente noi non veggiamo che la milza abbia partecipato in modo alcuno all' affezione del fegato. Essa non era nè più grossa, nè più piccola dell' ordinario.

VIII. OSSERVAZIONE.

Rammollimento rosso del fegato. Febbre continua con dolore all' ipocondrio destro. Lievissimo colore itterico, ma orina gialla. Complicazione di peritonite acuta.

Un muratore, in età di trentanove anni, godeva di una buona salute, quando il 17 ottobre risentì un dolore assai vivo in tutta l' estensione della parte laterale inferiore destra del torace sotto le coste false. La notte precedente non aveva dormito ed aveva risentito del brivido. Ne' tre giorni seguenti, persistenza di esso dolore e febbre. — Li 20 ottobre noi trovammo il malato nello stato seguente.

I pomelli erano vivamente colorati in rosso; il restante della faccia, pallido; le congiuntive avevano il colore naturale. Il malato risentiva alla parte laterale inferiore destra del torace, dalla settima costa all' incirca fino all' undecima, un dolore continuo e forte

che non aumentava, nè per pressione, nè per concussione; esso facevasi più vivo col decubito sul lato sinistro. L'ipocondrio destro aveva conservato la sua cedevolezza e poteva premersi senza dolore; la respirazione era libera, nessuna tosse; lo strepito respiratorio estendevasi in ogni parte con nettezza e senza troppa intensità; la lingua biancastra, la sete poco viva, l'epigastrio indolente, e così pure il resto del ventre. Nessuna dejezione alvina contando dal principio della malattia; il polso era forte e frequente, la pelle calda e coperta di sudore abbondante; questo macchiava la biancheria di giallo; le orine, molto copiose, presentavano un color giallo di bile apparentissimo.

Qual'era la natura di quest'affezione? Una pleurisia? Ma in questo caso vi sarebbe stata tosse, e soprattutto il dolore non sarebb'egli aumentato co'moti inspiratorj? Una circostanza ci fece sorpresa, vale a dire, il color giallo delle orine, e il deposito dello stesso colore che i sudori lasciano sui pannilini. Ciò non indicava forse un turbamento nella secrezione biliare? E non potevamo noi quindi presumere che il dolore sopraddetto appartenesse al fegato, od almeno al suo inviluppo fibro-sieroso? Di qui ne venne il moto febbrile, onde nessuna lesione apparente del canale digerente poteva dar ragione. — Lerminier prescrisse un salasso di sedici oncie, venti mignatte all'ano, tisana di lino con gomma e lavativi emollienti.

Ne' tre giorni seguenti i varj sintomi ora indicati persistettero, e inoltre le congiuntive acquistarono una lievissima tinta gialla, così pure la pelle della faccia e della parte anteriore del torace. Una sola evacuazione alvina era occorsa in seguito a ciascun serviziale; essa non presentava niente d'insolito nel suo aspetto. Il

malato tossiva un poco, ed espettorava sputi di semplice catarro (*Tisane emollienti*, *dieta*).

La malattia era giunta al suo ottavo giorno; nulla ancora non annunziava che essa procedesse verso la sua risoluzione, ma non presentava nemmeno cosa alcuna indicante positivamente gravezza, quando tutto ad un tratto il dolore della parte laterale inferiore destra del torace s'inasprì e si estese all'ipocondrio destro. — Il decimo giorno questo era sensibilissimo alla più lieve pressione (*Dodici mignatte vi furono applicate*). — Nella giornata, il dolore si estese a tutto l'addomine. In ogni punto lo si accresceva mediante la pressione. In pari tempo la pelle, che fino allora era restata costantemente umida, divenne secca; il polso si fece piccolo, serrato e molto più frequente; i tratti del volto si alterarono in modo notabile (*Trenta mignatte su l'addomine*). — Dall'11 al 13, persistenza de' dolori addominali, la cui causa risiedeva evidentemente in una infiammazione del peritoneo; tensione dell'addomine; alcuni vomiti; costipazione; polso miserabile; raffreddamento graduale della superficie cutanea. — Morte il giorno 14.° della malattia primitiva, e 7.° della peritonite.

Sezione del cadavere.

Effusione di un liquido purulento poco abbondante nel peritoneo; esso è raccolto soprattutto ne'due fianchi. Le circonvoluzioni intestinali sono unite debolmente da pseudo-membrane molli di formazione recente. — Tutto il fegato è come inviluppato da uno strato purulento, grosso, esteso in membrane. Tirando assai leggermente quest'organo fuori del suo posto,

fummo sorpresi nel vedere che laceravasi. Il suo tessuto era effettivamente assai friabile. Lo si schiacciava, e lo si riduceva in una polpa rossastra mediante una pressione leggerissima. Così rammollito, il tessuto del fegato rassomigliava al tessuto di certe milze, molli esse medesime. Aveva un color rosso uniforme e non presentava verun' altra alterazione di tessitura. Il suo volume non era ugualmente aumentato. Nulla di morbido trovossi nelle vie escretorie della bile. La superficie interna del canal intestinale era in ogni sua parte bianca e senza lesione valutabile.

Noi qui troviamo un' alterazione più profonda che nelle osservazioni precedenti. Non solo non avvi più accumulazione sanguigna insolita e nutrizione più attiva dell'organo; la sua consistenza era modificata, ed in tutta la sua estensione una lieve pressione lo riduceva in una specie di polpa rossastra. Che se noi cerchiamo quando abbia cominciato questo notabile rammollimento del fegato, riguarderemo come cosa affatto verisimile essere stata un'affezione acuta, ed il risultamento di una vera epatite i cui primi sintomi mostraronsi li 17 ottobre. Puossi vedere d'altronde quanto poco marcati fossero questi sintomi. L' ipocondrio era indolente e non gonfio; eravi solo dolore al livello delle ultime coste destre. Ma di quante diverse affezioni non poteva egli questo dolore esser segno? Nel corso dell' osservazione si è veduto come lo stato delle orine e de'sudori abbia contribuito a chiarire la vera natura della malattia, e come, più tardi, il lieve colore itterico della pelle e delle congiuntive abbia pur confermato il diagnostico.

Nulla dimostra che, in questo caso, il punto di par-

tenza dell' epatite sia stato un' infiammazione gastro-intestinale. Potrebbesi però domandare se il dolore dipendeva da una flemmasia del parenchima stesso del fegato, oppure, se non era anzi il risultamento di un' infiammazione sviluppata nella porzione del peritoneo che attornia il fegato. Ciò che autorizza a movere siffatta questione si è, che nelle due osservazioni seguenti, nelle quali esisteva un simile rammollimento del fegato sviluppatosi in modo acuto ma senza peritonite, nessun dolore non fu mai sentito. Questo malato soccombette, d' altronde, ad un' infiammazione acuta del peritoneo, che da principio parve esistere soltanto verso la regione del fegato, poi divenne generale.

IX. OSSERVAZIONE.

Rammollimento rosso del fegato con gastro-enterite, sopraggiunto nel corso di una rosalia.

Un muratore in età di trent'anni, avente una debole costituzione, venne allo spedale con una febbre continua accompagnata da tosse, da corizza, e da rossezza alle congiuntive. Questi ultimi sintomi esistevano da otto giorni, e la febbre da due; almeno solo da due giorni egli aveva risentito prostrazione di forze, mal essere generale, ed erasi posto a letto. La faccia rossa, la lingua coperta da una patina biancastra, grossa, punteggiata in rosso; la sete assai viva; l' epigastrio, al pari del restante dell' addomine, cedevole e indolente; le evacuazioni alvine assai rare e consistenti. Il polso sviluppato e frequente, la pelle ardente e secca (*Salasso di dodici once*; *tisane emollienti*, *dieta*).

L' indimani il volto era coperto da un' eruzione ru-

beolica cominciante, che in breve coprì tutta la superficie cutanea. Crediamo inutile darne qui una descrizione circostanziata. Questa eruzione era giunta al terzo giorno ed aveva progredito senz' accidente, quando tutt' ad un tratto e senza causa nota, essa infievolì, la pelle si scolorò rapidamente e ad un tempo apparvero altri sintomi. La lingua, spogliata dello strato biancastro che la copriva, si fece rossa e secca in tutta la sua estensione; un dolore assai vivo si fece sentire all'epigastrio; esso aumentava con una pressione alquanto forte. Una diarrea assai copiosa, con presenza di sangue e molta mucosità nelle evacuazioni alvine, subentrò alla costipazione fino allora esistita. Il polso era duro e fatto frequentissimo; la pelle, ardente, era notabile per la sua aridità. L' esistenza di una gastro-enterite delle più intense non sembrava dubbiosa. Lerminier fece applicare *ventiquattro mignatte all' ano*, *cataplasmi emollienti su l' addomine*, *all' interno diede la tisana di orzo con gomma.* — Ne' due giorni seguenti, la lingua screpolò e divenne sempre più secca. La faccia impallidì, e i suoi lineamenti esprimevano l' abbattimento (*Altre venti mignatte all' ano*).

Il quarto giorno della sparizione intempestiva della rosolia, e dell' invasione, o piuttosto dell' inasprimento della gastro-enterite, le facoltà intellettuali cominciarono a turbarsi un poco; ma questo turbamento fu soltanto passeggiero (*Vescicanti alle gambe*).

Il quinto e sesto giorno, lingua rossa screpolata, secca; labbra emananti sangue. Ogni qualvolta presentansi tisane all' ammalato, egli le beve con avidità. L' epigastrio non è più doloroso alla pressione; le evacuazioni sanguinolenti persistono; esse sono poco fre-

quenti e accompagnate da tenesmo (*Dodici mignatte all' ano nello stesso giorno*).

Settimo, ottavo, e nono giorno, stupore sempre più apparente, pallidezza grande del volto; dimagramento rapido. Lingua nera; denti e labbra coperte di croste brune che sembrano essere specialmente formate da sangue coagulato ed ammassato sotto l'epidermide da esso sollevata. L'addomine comincia a tendersi, mentre fino ad ora erasi serbato piuttosto compresso; questa tensione esiste soprattutto al tragitto presunto del colon. Le evacuazioni alvine sono le medesime; difficoltà nel pronunziare le parole; risposte lente alle domande, ma il più delle volte giuste. Polso sempre frequentissimo che però si lascia deprimere più agevolmente; pelle calda e molto arida (*Altri due vescicanti alle gambe*).

Decimo giorno, tendenza all'assopimento. Gli occhi restano abitualmente chiusi. Difficilmente si ottengono risposte, esse però sufficientemente giuste e precise. Del resto, medesimo stato (*Frizioni alle membra con lenimento volatile cantaride. Continuasi a non dar altro interiormente che acqua di orzo*).

Giorno 11.°, 12.° e 13.°, l' intelligenza si fa sempre più ottusa, e finalmente sembra del tutto annientata. Per lo meno è invano che interrogasi l'ammalato, esso non risponde più. Immerso in uno stato abituale di assopimento, egli non vi si toglie di tempo in tempo che per pronunziare, balbettando, poche parole di cui non potevasi cogliere il senso. Le evacuazioni alvine e quelle delle orine sono involontarie. La tensione del ventre diviene sempre più grande. La faccia prende un aspetto cadaverico; lo stato comatoso si fa permanente e profondissimo, e la morte avviene fra il 14.° e 15.° giorno. Il giorno prima soltanto Lerminier prescrisse

una pozione in cui aveva fatto mettere due grossi di estratto molle di china-china ed un' oncia di sciloppo di scorze di arancio amaro in quattro once di veicolo. Il malato ne prese appena due o tre cucchiaiate.

Sezione del cadavere.

Nulla di notabile nell' encefalo e nelle sue dipendenze, e neppure negli organi toracichi, relativamente alla malattia attuale. Ma verso la sommità del polmone sinistro esisteva un tubercolo cretaceo del volume di una nocciuola, e che un tessuto nero e duro attorniava per l' estensione di più linee. Eravi inoltre della materia tubercolosa sviluppata ne' gangli bronchici, che d' altronde erano rossi, ingorgati e di non piccolo volume.

Il colon, in tutto il suo tragitto, era fortemente disteso da gaz. Non eravi traccia veruna di peritonite e, veduto esternamente, il tubo digerente pareva sano; in breve però non venne più riguardato per tale: la superficie interna dello stomaco era coperta da uno strato denso di mucosità le quali, non essendo state da principio scorte, fecero credere che questa superficie fosse bianca. Ma al disotto di queste mucosità esisteva, nella membrana vellutata, soprattutto nel gran fondo cieco, e lungo le due curvature fino al piloro, una viva injezione, la quale presentavasi sotto forma di una bella punteggiatura rossa; erano piccoli vasi aggruppati gli uni presso gli altri in modo da formare nel loro insieme, delle macchie e delle punte rosse. — La membrana era gonfia, ma molle, ed un leggere grattamento la riduceva in polpa. I tessuti sottoposti partecipavano a questo rammollimento; poichè, mediante un

piccolo traimento le pareti dello stomaco si laceravano. Le membrane laminose e la tunica muscolare erano più rosse dell' ordinario. — Una punteggiatura rossa, simile a quella dello stomaco, esisteva pure nel duodeno, ove sembrava continuare con quella che occupava i due margini del ventricolo. Al principio del digiuno più non vedevasi lo stesso aspetto: non era più altro che un' injezione di vasi più rilevante, esistente tanto sotto la mucosa, quanto nel suo interno, e presentantesi sotto forma di arborizzazione. Una simile injezione esisteva in tutta l' estensione dell' intestino tenue; ma nel suo quinto inferiore circa essa facevasi più viva, i plessi di Peyer sporgevano molto sopra al resto del livello della mucosa, e molti erano trasformati in larghe ulcerazioni. — In luogo della valvola ileo-ciecale non trovavasi che una vasta ulcera, la quale estendevasi soprattutto dal lato del cieco. Nel colon non trovavasi che un'injezione assai generale della membrana mucosa, alcune piccole ulcerazioni sparse ed un numero piuttosto grande di follicoli rossi e gonfii, in modo da presentare specie di bottoni o di pustole.

Il fegato, di volume ordinario, e di un color rosso intenso, era talmente rammollito, che appoggiando assai leggermente il dito sopra il suo tessuto, riducevasi in una polpa rossastra, e con un lieve traimento lo si lacerava. I canali biliari, al pari della vescichetta, non presentavano nulla di notabile. — La milza aveva il suo volume ed il suo aspetto ordinario.

Alcuna specie di sintomi non poteva qui rivelare l'esistenza dell' affezione del fegato; non eravi nè dolore nella regione di quest' organo, nè gonfiezza dell' ipocondrio destro. La pelle e le congiuntive non presenta-

vano nulla d' itterico, e nemmeno le orine. Tutti i sintomi occorsi furono legittimamente ascritti ad una gastro-enterite: questa era notevole per la sua grande estensione e per la sua intensità in ciascuno de' punti da essa occupati. L' infiammazione del parenchima epatico coincideva qui manifestamente con uno stato d'infiammazione del duodeno.

X. OSSERVAZIONE.

Rammollimento rosso del fegato con infiammazione gastro-intestinale, osservato in un tisico.

Un giovane era già in un grado avanzato di tisichezza polmonare: sembraci inutile registrarne qui i sintomi. Da molti mesi egli avea perduto l' appetito; la sua lingua era abitualmente un poco rossa; eravi una copiosa diarrea senza dolore addominale. Morì a poco a poco.

La sezione del cadavere mostrò l' esistenza di scavazioni tubercolose ne' polmoni; la membrana mucosa gastrica molle e rossa verso il gran fondo cieco e lungo la piccola curvatura; uno stato sano del duodeno (color bianco, mucoso e di consistenza ordinaria, follicoli mediocremente sviluppati); ulcerazioni numerose alla fine dell' intestino tenue, con deposito di materia tubercolosa intorno ed in fondo a molte di esse. Ma trovossi inoltre nel fegato una lesione che niente aveva potuto, durante la vita, far presupporre; esso era di un color rosso uniforme, oltrepassava di un buon traverso di dito il lembo cartilaginoso delle coste; il suo tessuto era per tutta la sua estensione in singolar modo rammollito: in molti punti esso non era più altro, a vero dire, che una polpa rossastra mezzo liquida. Nes-

suna lesione valutabile esisteva nelle vie escretorie della bile.

Ecco un altro caso in cui il rammollimento sì notabile del parenchima del fegato, non fu rivelato, durante la vita, da sintomo alcuno che potesse valere a farne supporre l' esistenza. Se questa lesione avesse esistito sola, non sarebbesi osservato altro che sintomi generali, i quali avrebbono necessariamente lasciato molta incertezza su la loro causa. Forse non è neppure irrazionale il pensare che se alcun' altra grave affezione organica non l' avesse complicata, e specialmente un' affezione del polmone, l' epatite sarebbe stata annunziata da sintomi più sensibili.

Ne' casi citati prima di questo, tutto sembrava provare che l' affezione del fegato, qualificata dal rammollimento rosso del suo tessuto, avesse proceduto in modo acuto; qui noi non possiamo più affermarlo. Vedremo ora altri casi in cui questo medesimo rammollimento esisterà senza rossezza: è egli la stessa affezione allo stato cronico? Nel rammollimento rosso si può egli dire che l' infiammazione esista ancora? Nel caso di rammollimento senza rossezza ed anche con iscoloramento dell' organo, puossi dire che il punto di partenza sia stato pure un' infiammazione cessata, che ha lasciato nel fegato, qual traccia di sua esistenza, una notabile diminuzione nella coesione delle molecole dell' organo? Ecco ciò che discuteremo nelle riflessioni annesse alle osservazioni che ora esporremo.

XI. OSSERVAZIONE.

Rammollimento del fegato con iscoloramento del suo tessuto. Sierosità, in luogo di bile, nella vescichetta; color giallo bilioso delle orine e de' sudori, senz' itterizia; evacuazioni alvine biancastre. Sintomi di gastrite cronica con istato sano dello stomaco.

Un calzolaio nell' età di cinquant' otto anni, aveva cominciato a dimagrare, a perdere le sue forze, a digerir male, due anni circa prima del suo ingresso allo spedale. Del resto, nessun dolore all' epigastrio, nè in alcun altro punto dell' addomine; non mai nausee, nè vomiti; bensì anoressia da principio esistente solo ad intervalli, poscia divenuta continua. Sentimento di mal essere, pesantezza verso la parte destra inferiore dell' epigastrio, cinque o sei ore dopo aver preso qualche nutrizione. Un mese soltanto prima di venire allo spedale, il malato erasi posto a letto; fino dal principio della sua affezione e durante il suo corso, gli erano state applicate più volte delle mignatte all' epigastrio, senza che mai ne risentisse vantaggio alcuno. Questo complesso di sintomi sembrava annunziare un' affezione cronica dello stomaco; ecco ora quali altri sintomi furono da noi osservati: la lingua non aveva di notabile che un gran pallore; nella bocca non era risentito verun cattivo gusto. L' epigastrio era cedevole, indolente, al pari del resto dell' addomine; il malato, da qualche tempo, non prendeva per nutrizione altro che latte, e ne andava pago anzi che no. Le evacuazioni alvine rare, e di tale aspetto che ci fece sorpresa; esse erano biancastre, affatto scolorate, come negl' individui itterici; cionnondimeno, nè la pelle, nè le congiuntive

non presentavano traccia alcuna di giallezza. Ma l' orina, emessa in gran copia, aveva un colore di arancio notabilissimo, quale osservasi ne' casi d' itterizia; finalmente, l' ammalato sudava sovente nella testa, e i pannilini che toccavano questo sudore coloravansi di giallo. Il polso d' altronde era abitualmente un po' frequente, senza che la pelle fosse calda. La magrezza era notabile.

Noi riguardammo questo individuo come attaccato da una gastrite cronica, e di più, in ragione della natura delle evacuazioni alvine, delle orine e de' sudori, noi pensammo che l'affezione dello stomaco fosse complicata con una lesione qualunque del fegato.

Ne' due mesi che l' ammalato restò allo spedale, spazio di tempo dopo cui morì senz'agonia, in uno stato di grande esaurimento, i sintomi da lui presentati all' atto del suo ingresso non cangiarono, e noi lo vedemmo soltanto a dimagrare ed indebolirsi ognor più. Il latte ch' ei prendeva da principio assai volontieri, in breve gli fece repugnanza; aveva un disgusto assoluto per ogni sorta di nutrizione. Egli chiese vino con tanta insistenza che gliene fu accordato; questo liquore non inasprì i sintomi gastrici. Tale non è il caso più ordinario degl' individui attaccati da flemmasia cronica allo stomaco. Ciò avvenne perchè quest' ultima, come or ora vedremo, non esisteva. La cura consistette nell' applicazione di un vescicante all' epigastrio, e di semplici emollienti all' interno.

Sezione del cadavere.

La superficie interna dello stomaco era generalmente bianca, salvo in alcuni punti ove, nel tessuto cellulare

sotto-mucoso, strisciavano vene di rilevante calibro; ma nella mucosa stessa non eravi vaso alcuno injettato; d' altronde, in ogni sua parte questa membrana aveva la grossezza e la consistenza del suo stato fisiologico. Noi non trovammo neppur nel duodeno lesione alcuna sensibile, e nè anche nel resto del tubo digerente.

Venne in seguito esaminato il fegato; visto esteriormente, esso aveva un colore pallido. Tratto leggermente fuori del suo posto, si lacerò, e premendolo col dito riducevasi in una specie di pappa grigia. In tutti i suoi punti esso aveva il colore della foglia morta, e, sia coll' incisione, sia colla pressione, appena facevansi uscire alcune gocce di sangue. Del resto, esso non imbrattava lo scalpello, ed aveva un aspetto affatto differente da quello de' fegati grassi. — Nella vescichetta più non vedevasi, in luogo di bile, che un liquido sieroso senza colore, il quale, assaggiandolo, non aveva amarezza veruna. Nulla di notabile ne' condotti epatico, cistico, e coledoco che erano vuoti di bile.

Questo caso ci sembra degno di osservazione sotto più aspetti. Esso porge un esempio di antica turbazione nelle funzioni digerenti, senza alterazione sensibile dell'organizzazione dello stomaco, del duodeno e del resto del canale intestinale. In molti altri individui ne' quali non eranvi stati altri sintomi, abbiamo cionnondimeno trovato nello stomaco le più gravi lesioni organiche. Eravi adunque stato in questo caso semplice alterazione delle funzioni dello stomaco, senza lesione della sua tessitura? Secondo noi, era mestieri cercare altrove la causa del turbamento delle digestioni, e per conseguenza dell'indebolimento progressivo, del marasmo, ec.

Questa causa e' non era forse la mancanza di scolo della bile nel duodeno? È egli impunemente che il chimo il quale giugne in questo intestino per trasformarvisi in succo nutriente, non trovavasi misto colla bile? Un buono, un vero chilo può egli allora formarsi? Certo è che, nello stato attuale della scienza, tali questioni possono per lo meno porsi in campo. Quindi ne derivava quella specie di sensazione di pesantezza risentita dal malato cinque o sei ore dopo aver preso alcuni alimenti, vale a dire, all' incirca verso il tempo in cui questi dovevano aver oltrepassato il piloro. Quindi ne proveniva l' anoressia che qui non legavasi nè ad uno stato d' irritazione, nè ad uno stato di debolezza dello stomaco, ma dipendeva dal cattivo stato generale delle funzioni nutritive; la fame era annientata, perchè la nutrizione stessa tendeva ad esserlo; il chilo non formavasi più; nè più operavasi la chimificazione; esempio singolare, fra mille altri, de' vincoli intimi pe' quali tutti gli atti vitali si uniscono e si corrispondono.

Che se ora cerchiamo qual si fosse la causa che opponevasi all' arrivo della bile nel duodeno, troveremo che questa aveva cessato di giugnervi (ciò che d' altronde l' aspetto delle materie fecali provava sufficientemente durante la vita), non perchè un ostacolo nelle vie biliari si opponesse alla sua libera escrezione, ma perchè il fegato non ne formava realmente più. Infatti, non ne fu trovato ne' canali sparsi nell' interno di quest' organo, e nella vescichetta; il liquido che vi era contenuto non rassomigliava per niente affatto alla bile. E però sembra che in questo caso siavi realmente stata mancanza di secrezione biliare. La materia gialla della bile era separata dal sangue per mezzo di altre vie escretorie, dai reni, dai vasi esalanti della superficie

cutanea. Ma a questo modo era egli il sangue convenevolmente depurato, e non era questa una nuova causa di alterazione delle forze nutritive?

Noi adunque riguarderemo qual fatto dall' esperienza comprovato che, ne' casi di rammollimento del fegato simili a quello ora descritto, la secrezione della bile può essere sospesa, o per lo meno estremamente diminuita.

Circa alle cause ed alla natura di questo rammollimento, esse forse saranno difficili a stabilirsi da uno spirito un po' severo. Non era egli altro che un risultamento di flemmasia cronica? Ciò può bensì sostenersi, ma è impossibile a dimostrarsi, e noi confessiamo che, dal canto nostro, su questo soggetto abbiamo ancora de' dubbj.

XII. OSSERVAZIONE.

Rammollimento del fegato con iscolorazione del suo tessuto. Liquido come acquoso nella vescichetta. Mancanza di bile nelle evacuazioni alvine. Gastrite cronica.

Una donna, in età di cinquant' anni, digeriva già da molti anni con difficoltà; essa aveva a poco a poco perduto l'appetito, e quando venne allo spedale aveva un' anoressia completa: essa vomitava alcune volte, e non sentiva dolore alcuno all' epigastrio. In ogni suo punto l' addomine era cedevole ed indolente; la lingua aveva un aspetto naturale; le evacuazioni alvine erano rare, di un colore cenerino; la magrezza era non poca; il polso senza frequenza; le orine, sotto l' aspetto del colore, non furono esaminate.

Alcun tempo dopo l' ingresso della malata nello spe-

dale, la lingua si fece rossa e secca: il polso divenne frequente, e la morte avvènne senza adinamia.

Autopsia del cadavere.

Il fegato, non oltrepassando al basso il lembo cartilaginoso delle coste, estendevasi nell' ipocondrio sinistro. Il suo tessuto, notabile per la sua pallidezza, riducevasi in polpa, sotto il dito premente, colla massima facilità. Un liquido simile ad acqua torbida riempiva la vescichetta: il canale cistico era libero; i canali epatico e coledoco contenevano una sierosità citrina, il cui aspetto ricordava quella dell' orina: l' ingresso del condotto coledoco nel duodeno era libero.

La milza, voluminosa, riducevasi con una lieve pressione in una pappa color feccia di vino.

La faccia posteriore dello stomaco era occupata da un' ulcerazione larga come una moneta da cinque franchi, il cui fondo era formato dal pancreas sano, e unito per mezzo di un tessuto cellulare denso e serrato al contorno dell' ulcera; il margine di questa era liscio e rotondo; in giro ad esso la membrana mucosa era bianca, e non presentava nè ingrossamento, nè rammollimento. Nel gran fondo cieco questa membrana aveva un rosso vivo. Nel duodeno non esisteva lesione alcuna di qualche momento, e neppure nel resto dell' intestino. Solo nel colon osservavasi un notabile sviluppamento de' follicoli; questi presentavansi sotto la forma di piccoli corpi biancastri, tondeggianti, aventi per la maggior parte un orifizio al loro centro. L' intestino grosso conteneva materie solide di un bianco grigio.

Due tumori fibrosi, aventi il volume di una noce,

vedevansi incastrati nel tessuto dell' utero; uno di essi era formato da fibre incrocicchiantisi e quasi aggomitolate. Nell' altro, il tessuto fibroso era disposto in granelli isolati, che un tessuto cellulare estremamente vascolare separava.

L' aorta presentava alla sua superficie interna molte piastre cartilaginose ed ossee.

Questa osservazione presenta molta analogia colla precedente, sotto il rapporto della tessitura del fegato, dell' aspetto del liquido contenuto nella vescichetta, e della mancanza della bile nelle evacuazioni alvine. Neppur qui eravi itterizia. Duolci molto che lo stato delle orine non sia stato osservato.

Inoltre, nel soggetto dell' osservazione attuale lo stomaco era sede di una lesione organica assai grave; ciònnondimeno si può vedere che que' sintomi, i quali durante la vita annunziarono in lui un' affezione delle vie digerenti, non furono gran fatto più intensi o diversi da quelli da noi osservati nel malato dell' osservazione 11.ª, nel quale, in ragione dell'assenza completa di qualunque lesione nel tubo digerente, abbiamo creduto dover spiegare altramente la produzione di questi sintomi.

La viva rossezza trovatasi nel gran fondo cieco dello stomaco era verisimilmente un' alterazione recente, cui i nuovi sintomi apparsi negli ultimi giorni potevano riferirsi.

XIII. OSSERVAZIONE.

Induramento rosso del fegato. Ascite.
Nessun altro sintomo proprio a rivelare un' affezione del fegato.

Un lavoratore in pietre, nell' età di trentatrè anni, aveva sempre goduto di una sufficientemente buona salute fino al maggio del 1821. A quest' epoca, e senza che egli fosse precedentemente infreddato, ebbe una emottisi assai copiosa che durò per dieci giorni; egli continuò a tossire fino alla fine del mese di giugno. Allora gli accidenti dal lato del petto cessarono; la tosse e la lieve dispnea che accompagnavalo disparvero; altri sintomi però apparvero dal lato dell' addomine. Un dolore poco vivo, ma abituale, si fece sentire verso l' ipocondrio destro (il malato non seppe assegnarne la sede con maggior precisione); gli alimenti vennero più volte vomitati; sopraggiunse una legger diarrea, e non cessò più che ad intervalli; cionnondimeno, egli non si mise a letto, nè intralasciò le sue occupazioni abituali. Nel corso de' seguenti tre mesi, persistenza di questi sintomi, diminuzione progressiva di forze e dimagramento. Noi non potemmo sapere se il dolore dell' ipocondrio aveva preceduta o seguita la prima apparizione de' vomiti e della diarrea. Durante il mese di ottobre e di novembre, nel tempo stesso che il volto e le membra dimagravano sempre più, l' addomine si gonfiò, ed un' ascite non tardò guari ad essere manifesta a tutti coloro che vedevano il malato. Venuto allo spedale verso il principio del mese di dicembre, egli presentò lo stato seguente:

Faccia pallida, esprimente la sofferenza, debolezza

grande, dimagramento notabile delle membra. Addomine assai teso da un liquido che dà alla percussione una fluttuazione manifesta; esso non è doloroso in alcun punto; diarrea (cinque a sei evacuazioni alvine liquide nel giro di ventiquattr' ore). — Aspetto naturale della lingua. — Conservazione dell'appetito, mancanza di febbre; pelle secchissima; respirazione libera; l' ascoltazione e la percussione non annunziano alcuno stato morboso degli organi toracichi.

Qual' era in questo malato la causa dell' ascite? Nessuna lesione organica valutabile non poteva darne ragione. Tutto ciò che potevamo attualmente scorgere si era l' esistenza di una flemmasia cronica nella parte inferiore del tubo digerente.

Il giorno seguente a quello della venuta allo spedale, venne praticata la punzione. Dall' addomine uscì un secchio di sierosità limpida. Desiderando sollecitare l' azione de' reni, onde impedire alla collezione peritoneale di formarsi nuovamente, Lerminier prescrisse il *vino diuretico amaro dello spedale*, *due grossi di miele scillitico*, *la tisana di gramigna con nitro*, *delle frizioni all' interno delle cosce con la tintura di digitale.*

Ne' seguenti dodici giorni lo stato del malato restò presso a poco il medesimo. Le orine non divennero più copiose; la pelle conservò la sua secchezza; la diarrea non aumentò, nè diminuì, e le evacuazioni alvine facevansi senza dolore e senza tenesmo. Il polso non divenne frequente, ma l'ascite tornò in breve sì rilevante come lo era prima della puntura. In questo stato di cose Lerminier prescrisse *una pozione composta di un oncia di olio di ricino*, *di una mezz' oncia di siroppo di prugnolino*, *e di due grossi di acqua di menta.* Nel

corso della giornata ebbero luogo delle evacuazioni alvine sierose abbondantissime, accompagnate da coliche assai vive. L'indimani mattina trovammo il malato, come d' ordinario, senza febbre.

Domani l'altro gli vennero date *quattro pillole di calomelano e di sapone medicinale, composte ciascuna di tre grani di mercurio dolce e di un grano di sapone.* Vennero continuate per tre giorni di seguito. La diarrea, durante l'amministrazione di queste pillole, si mantenne qual' era prima che fosse data la pozione purgativa.

Venti giorni dopo la puntura, l' ascite era molto più rilevante che al tempo in cui essa era stata praticata. I lineamenti del volto si alteravano; la prostrazione era estrema; la lingua conservava la sua umidità e non era rossa. Al principio del mese di gennaio essa cominciò a farsi bruna al suo centro, senz'essere rossa a' suoi margini; il polso divenne sempre più debole, cessò di battere ed il malato morì senz' agonia, conservando fino all' ultimo momento l' uso libero delle sue facoltà intellettuali. Fino alla morte del malato non occorsero più di cinque o sei evacuazioni nel giro di 24 ore. Le membra restarono costantemente esenti da qualunque infiltrazione.

Autopsia del cadavere.

Un' enorme quantità di sierosità limpida fuggì traverso le pareti addominali incise. Non vi si vedeva nuotare alcun fiocco, e niente indicava nell'addomine un'infiammazione antecedente od attuale del peritoneo.

Noi fummo colpiti da quella specie di sensazione di densità che il fegato presentava esteriormente al sem-

plice tatto; quantunque il suo volume non fosse aumentato, esso era molto più pesante dell' ordinario. Aveva un color rosso uniforme; laceravalosi con molta difficoltà, e, sotto l' aspetto del suo colore, della sua tagliatura liscia, dell' insieme delle sue proprietà fisiche, non potevasi meglio paragonare una delle sue fette che a quella di prosciutto magro. Le vie escrementarie della bile non ci presentarono nulla di notabile.

Lo stomaco era pallido in tutta l'estensione della sua superficie interna; la sua membrana mucosa era talmente molle e sottile verso il gran fondo cieco che in molti punti trovavasi solo il tessuto cellulare sottomucoso coperto da una polpa liquida e biancastra. Il duodeno ed il resto dell' intestino tenue non ci presentarono lesione alcuna di qualche rilievo, salvo, d' uno in altro spazio, alcune injezioni parziali poco estese della membrana mucosa. Il cieco presentava su tutta la sua superficie un colore brunastro ed uno sviluppamento notabilissimo ne' suoi follicoli. La membrana mucosa del colon era in ogni sua parte bianca; ma in molti punti notabilmente rammollita. Un colore brunastro ricompariva nel retto.

Nulla eravi di notabile negli altri visceri addominali.

I polmoni esaminati con cura, in ragione dell' abbondante emottisia occorsa molti mesi prima, furono trovati perfettamente sani; dicasi il medesimo del cuore.

Nel cervello non trovossi altro che della sierosità liquida ammassata in quantità grande ne' ventricoli laterali, da lasciare questi ultimi notabilmente distesi dopo la sua evacuazione.

In questa osservazione noi troviamo un' alterazione di tessitura del fegato, differente da quella onde le pre-

cedenti osservazioni ci hanno fornito degli esempj. Il suo parenchima è notabilmente indurato; la sua densità aumentata; il suo colore ha un rosso più intenso di quello che il fegato nel suo stato naturale presenta. Noi non troviamo per iscoprire quest'affezione sintomo alcuno caratteristico; ma qui presentasi un nuovo fenomeno morboso che non abbiamo veduto esistere ne' casi precedenti, vale a dire, l' ascite. Siccome essa era manifestamente indipendente da una malattia del cuore, e niente pure annunziava che vi fosse stata una peritonite, eravi motivo di sospettare che potesse dipendere da un' affezione del fegato; niente però ne dava la certezza. L' aumento in consistenza cui quest' organo era stato soggetto, opponevasi verisimilmente alla libera circolazione del sangue venoso nel suo interno. Eravi qui adunque ostruzione del fegato, parola affatto vaga, che a buona ragione venne bandita dal linguaggio scientifico, ma che non perciò lascia di essere l'espressione di un fatto reale. Noterassi d' altronde che in questo caso non vi fu alterazione veruna, almeno sensibile, della secrezione biliare.

L' epoca in cui questa malattia del fegato ebbe principio è assai difficile a determinarsi. Il suo cominciamento venne forse annunziato dal dolore che il malato risentì all' ipocondrio destro, quando i sintomi d' irritazione polmonare furono suppliti da quelli d' irritazione gastro-intestinale?

Il rammollimento bianco della membrana mucosa gastrica non tolse alla lingua di conservare costantemente uno stato naturale, salvo negli ultimi giorni dell' esistenza del malato, nel qual tempo si fece bruna. Nel principio della malattia erano occorsi alcuni vomiti: più tardi però i sintomi gastrici furono pochissi-

mo apparenti. Per rendere ragione della diarrea cronica non trovossi che una colorazione bruna del cieco e del retto, ed un poco di rammollimento bianco, simile a quello dello stomaco, nella membrana mucosa del colon.

In questo individuo si può vedere un esempio dell' effetto prodotto da purganti ripetuti e da altri irritanti, amministrati ad un individuo che aveva un'ascite, e la cui membrana mucosa intestinale era già precedentemente irritata. A questa occasione farò solo un' osservazione, cioè, che questi stimolanti portati sur una membrana mucosa già ammalata, non produssero mai la febbre.

Faremo osservare in fine lo stato sanissimo in cui furono trovati i polmoni in un individuo, che molti anni prima aveva avuto un' emotisia senza l'assistenza di tubercoli antecedenti. Fu qui d' altronde cosa assai notabile la sparizione subita degli accidenti toracichi, nel tempo stesso che i vasi addominali cominciarono ad alterarsi.

XIV. OSSERVAZIONE.

Induramento del fegato con colorazione insolita del suo tessuto. Itterizia ed ascite. Flemmasia intestinale antecedente.

Un uomo di 26 anni fu tenuto rinchiuso pel corso di quasi due anni nella prigione di Montaigu. Mentre egli stavasi ivi detenuto, la sua salute fino allora buona cominciò ad alterarsi. Egli ebbe da prima una diarrea che durò molti mesi, poscia cessò e tornò a più riprese; poi questo malato si fece giallo; più tardi l' addomine prese uno sviluppamento insolito.

Stato del malato al tempo del suo ingresso; color giallo intenso di tutta la superficie cutanea e delle congiuntive. Magrezza della faccia e delle membra. Fluttuazione nell' addomine; tumore oscuramente sentito nell' ipocondrio destro, che non è doloroso, nè mai lo è stato; lingua biancastra; diarrea, sete; orine poco abbondanti, di un rosso bruno; polso frequente, pelle calda.

Durante il soggiorno del malato allo spedale non vedemmo altro cangiamento che un indebolimento sempre maggiore, un dimagramento sempre crescente. Egli morì un mese circa dopo la sua venuta. Negli ultimi giorni della vita l' addomine si meteorizzò in modo assai rilevante. Il malato ebbe più volte sudori copiosissimi che macchiavano la biancheria di giallo.

Autopsia del cadavere.

Fegato voluminoso, pesante, durissimo, difficilmente lacerantesi, presentante un color generale bruno verdastro. Esaminandolo con maggior attenzione, trovasi che siffatto colore non è uniforme, e che il parenchima del fegato è formato, 1.° da un tessuto di un bianco verdastro disposto sotto forma di linee o di piastre irregolari (è il tessuto bianco ordinario in uno stato d'ipertrofia); 2.° da un tessuto di un verde bruno carico, dal quale dipende il color generale dal fegato presentato, e che è l' analogo del tessuto rosso ordinario. Il canale epatico è sano, e così pure il coledoco. Un calcolo chiude il collo della vescica del fiele. Questa non conteneva che poche mucosità filanti.

Macchie nerastre sparse nell' intestino. Sembravano essere antiche ulcerazioni in cicatrizzazione. Esaminate

sotto uno strato di acqua, presentavano un aspetto bitorzolato. Non vi si veggono villosità, queste, pel contrario, sono manifestissime nell' intervallo delle macchie. — Milza notabile pel suo volume, assai molle.

Questa osservazione ci sembra in particolar modo degna di attenzione: 1.° sotto l' aspetto della specie di alterazione cui il fegato è stato soggetto, la quale consisteva nell'aumento di volume e di consistenza del suo tessuto, con modificazione del suo colore; 2.° sotto l' aspetto de' sintomi e dell' ordine di successione; l'affezione intestinale in questo caso precedette l'affezione del fegato. Vi fu itterizia, senza che i canali epatico e coledoco fossero ostrutti.

Faremo osservare queste macchie nere, sprovvedute di villosità, sparse su la mucosa intestinale, e che sembravano annunziare una riproduzione imperfetta della membrana mucosa.

XV. OSSERVAZIONE.

Indurimento del fegato; ipertrofia della sostanza bianca. Colore insolito della sostanza rossa. Itterizia. Tumore addominale. Itterizia.

Un fonditore in rame, in età di 60 anni, ebbe, sono già più anni, il verme solitario. Da sette ad otto anni risente dolori vaghi in differenti punti dell' addomine, e vomita di tempo in tempo acque acri. Da questo tempo in poi, egli perdette la ripienezza di carni che prima aveva, e cadde a poco a poco in marasmo. Già pur da molti anni ha nelle membra dolori reumatici, ed ha avuto molte volte, in alcune articolazioni

della mano una gonfiezza dolorosa stata qualificata per gotta.

Stato dell' ammalato al momento del suo ingresso e durante la sua dimora allo spedale. Colore giallo verdastro della faccia, tinta gialla più chiara del resto della pelle. Marasmo. Tumore occupante l'ipocondrio destro e l' epigastrio, discendente fino all' ombelico: tensione nell' ipocondrio sinistro, senza che vi si possa circoscrivere tumore. Non avvi dolore che all'epigastrio; inoltre, esso non vi è abituale, ma la pressione lo fa nascere, e ritorna di tempo in tempo per modo di spasimo, più sovente di notte che di giorno. Lingua rossa, senza patina, sete; anoressia; da qualche tempo vomiti frequenti. Evacuazioni alvine gialle, di consistenza ordinaria. Polso senza frequenza. Fluttuazione oscura nell' addomine. Legger edema delle membra addominali (*Vescicanti alle gambe; fumigazioni di bagni di ginepro; tisana di gramigna e di brusco. Acqua di Vichy. Frizioni stimolanti su la pelle*). Aumento di vomiti; secchezza della lingua. Prostrazione sempre maggiore e morte.

Autopsia del cadavere.

Fegato voluminoso, notabile per la sua densità e durezza. Le circonvoluzioni della sua sostanza bianca sono più larghe, più estese, più saglienti. La sostanza spugnosa, circoscritta dalla precedente, presenta un color verdastro opaco. — Stato sano delle vie escretorie della bile.

Rossezza generale della superficie interna dello stomaco. Induramento grigio e nero della sommità del

polmone destro, con isviluppamento di alcuni tubercoli miliari in mezzo all' induramento. Color nero delle villosità intestinali.

Questa osservazione presenta molta analogia colla precedente sotto l' aspetto dell' alterazione di tessitura del fegato, e de' sintomi che l' annunziarono durante la vita.

XVI. OSSERVAZIONE.

Induramento rosso del fegato con isviluppamento di granulazioni alla sua periferia e nel suo interno. Itterizia ed ascite. Tumore prodotto dal lobo sinistro del fegato. Causa presunta: emozione morale.

Un vetturale in età di quarantanov' anni, di forte complessione, e che aveva fatto abuso di liquori alcoolici, godette di una buona salute fino alla fine del mese di giugno 1822. A quest' epoca egli ebbe una disputa violenta co'suoi camerata, in seguito alla quale divenne giallo. Venuto allo spedale, più non aveva che un lievissimo color giallo quando ne uscì in capo a trentasei giorni. Ma presto poi l' itterizia riapparve. Dai 20 ai 30 agosto l' addomine cominciò a gonfiarsi. Nel seguente settembre l' ascite divenne sempre più rilevante; i membri inferiori infiltraronsi alla loro volta; e finalmente verso li 20 settembre l' idropisia si estese allo scroto.

Questo malato venne alla Carità li 5 ottobre. Allora tutta la superficie cutanea aveva un color giallo verdastro: l'addomine era prodigiosamente gonfiato, e vi si scorgeva una fluttuazione evidente; esso non era mai stato sede di dolore alcuno. I membri pelvii, le borse

ed il pene erano infiltrati: la respirazione difficile, risultamento meccanico della compressione del diaframma per mezzo del liquido peritoneale. L'ascoltazione e la percussione annunziavano uno stato sano degli organi toracichi; il polso era piccolo, un poco frequente, la pelle senza calore, le orine rare, di un giallo di zafferano; la lingua umida e biancastra, l'appetito nullo, la sete poca; una sola dejezione alvina occorreva nel giro di ventiquattr' ore, ben consistente e avente il colore della cenere. La debolezza era già notabile.

Il principio e il progresso della malattia, la mancanza totale di qualunque specie di segno di affezione organica del cuore; finalmente, la coincidenza di un' itterizia, parevano annunziare che l'idropisia dipendesse da una malattia del fegato.

Lerminier cercò soprattutto di combattere questa idropisia, stabilendo una doppia flussione revulsiva sui reni e su la membrana mucosa intestinale. Con tale scopo, egli prescrisse *la tisana di gramigna e di parietaria con nitro (uno scrupolo di nitro per una pinta di decozione); quattro pillole composte ciascuna da due grani di calomelano, da un grano di reobarbaro, e da un grano di polvere di squilla, con aggiunta di quantità sufficiente di sciloppo delle cinque radici; tre brodi.*

I due giorni seguenti, medesimo stato, medesima prescrizione.

Li 8 ottobre, l'infiltrazione dello scroto era diminuita; ma la collezione peritoneale più rilevante; essa produceva una difficoltà grande di respirazione ed una viva ansietà. Venne praticata la puntura: ne scolò un liquido trasparente, color citrino. L'affondamento delle pareti addominali permise di riconoscere, immediata-

mente dopo la puntura, l'esistenza di un tumore alla sinistra dell'appendice xifoide, che non potè essere esattamente circoscritto e parve appartenere al lobo sinistro del fegato. — Le pillole furono continuate; vennero aggiunte alla prescrizione (*Tre once di vino diuretico amaro della Carità, da prendersi a cucchiaiate*).

L'indimani, 9, i membri inferiori erano notabilmente sfiltrati, l'orina colava in maggiore abbondanza.

Li 10, osservossi una tendenza incessante all'assopimento; alla notte stabilissi una diarrea copiosa.

La mattina del 11, grande prostrazione; color bruno della lingua al suo centro; polso frequentissimo (*Tisana di orzo con gomma; due vescicanti ai membri inferiori; frizioni coll' alcool canforato*). Tutta la giornata, stato comatoso, frequenti evacuazioni alvine.

Li 12 ottobre, respirazione acceleratissima; lingua secca, nera al suo centro; polso filiforme, battente più di centotrenta volte ogni minuto, faccia pallida, profondamente alterata (*Senapismi sopra differenti punti delle membra, decozione di serpentaria di Virginia, con aggiunta di venti gocce di ammoniaca liquida, e di un' oncia di sciloppo di scorze d'arancio amare; pozione eterea*). — Morte poco dopo la visita.

Sezione del cadavere.

Infiltrazione poco rilevante de' membri inferiori; color giallo intensissimo di tutta la superficie cutanea. Quantità mediocre di sierosità limpida e gialla nella cavità del peritoneo.

Il globo destro del fegato non oltrepassava il lembo delle coste. Il lobo sinistro, pel contrario, occupava al disotto ed a sinistra dell' appendice xifoide uno spazio

largo come due traversi di dito; esso non estendevasi nell'ipocondrio sinistro. Il tessuto del fegato era brunastro: esteriormente vedevasi sparso da un gran numero di granulazioni che trovavansi pure all'interno dell'organo. I condotti biliari avevano il loro aspetto ordinario; una bile nera, densissima, riempiva la vescichetta del fiele.

La superficie interna dello stomaco aveva un colore di ardesia in una gran parte della sua estensione: la mucosa non era nè rammollita, nè indurata, nè ingrossata. Il duodeno ed il resto del tubo digerente, esaminati accuratamente, non presentarono nulla di notabile.

Nel cranio trovossi la dura-madre colorata di giallo; la sostanza cerebrale solcata da piccole linee gialle che sembravano essere altrettanti vasi; una quantità mediocre di sierosità, ugualmente gialla, ne' ventricoli.

Nel torace la cavità delle due pleure e quella del pericardio contenevano alcune cucchiaiate di sierosità del medesimo colore. I polmoni erano sani, così pure il cuore, le cui cavità rinchiudevano sangue nero liquido. Un sangue consimile riempiva l'aorta, la cui superficie interna era bianca. Un liquido giallo esisteva in piccola quantità nel canale toracico: le cartilagini costali erano ugualmente colorate in giallo.

In questo caso, il fegato ci presenta riunite quattro specie di alterazioni: 1.° modificazione del suo colore; 2.° aumento parziale del suo volume (nel lobo sinistro); 3.° aumento in densità e consistenza; 4.° sviluppamento di granulazioni alla sua periferia e nel suo interno.

Quai sintomi di queste alterazioni noi troviamo: 1.° un tumore di poco momento, il quale a motivo

della sua sede avrebbe potuto agevolmente essere scambiato per un tumore appartenente allo stomaco; 2.° un' itterizia; 3.° un'idropisia che comincia dal peritoneo e si estende in seguito ai membri, procedendo in senso contrario a quella che affettano le idropisie dipendenti da una malattia del cuore.

In nessun periodo di questa affezione vi è stato dolore.

L'itterizia fu il primo accidente che si mostrò. Il malato non aveva ancora notato alcuna alterazione nella sua salute, quando una forte emozione morale divenne in lui la causa determinatrice di un' itterizia. Ma, mentre la maggior parte delle itterizie che riconoscono una tal causa, non hanno il più delle volte niente di grave e si dissipano dopo un tempo più o meno lungo senza lasciare tracce cattive, qui, pel contrario, l'itterizia non fu in certo modo che il primo segnale di un' alterazione della tessitura intima del fegato. La prima impressione portavasi forse sul duodeno che trasmise la sua irritazione al fegato? Vi fu egli da principio infiammazione delle vie di escrezione della bile, e ostacolo, per tumefazione della loro membrana mucosa, allo scolo della bile nel duodeno? Questo intestino come pure i canali epatico e coledoco restarono eglino nel loro stato sano? E la emozione morale non operò piuttosto influendo direttamente sui nervi del fegato, i quali, modificati nella loro azione, alterarono alla loro volta la secrezione biliare e le tolsero il potersi effettuare nella sua pienezza? Quindi, dimora de' materiali della bile nel sangue e produzione d' itterizia. Tutte queste quistioni possono essere agitate; ciò però che non devesi dimenticare si è, che l' autopsia del cadavere non mostrò ne' canali epatico e coledoco nessuna

causa meccanica che potesse opporsi all' arrivo della bile nel duodeno; d'altronde il fegato ne separava pure una certa quantità, perchè i canali erano tinti da essa e se ne trovò nella vescichetta; ma essa vi era notabile pel suo colore di un nero carico. Quindi, sotto questo aspetto, avvi differenza grande fra questo caso e molti altri precedentemente citati, ne' quali anche nelle vie escretorie della bile non trovavasi che un poco di muco.

Lo stato degl' intestini è degno di osservazione. La loro membrana mucosa era stata sovente irritata da varj purganti, cionnondimeno essa fu trovata bianca; quindi questi medicamenti vi avevano determinato soltanto una congestione passeggiera. Paragonisi questo caso con quelli in cui, in seguito ad un purgativo o ad un emetico dato una sola volta, si produsse una flemmasia intensa del tubo digerente con reazione simpatica sopra altri organi, con produzione di sintomi adinamici od atassici, ec., e cerchisi, dopo ciò, stabilire delle regole fisse nell' uso de' medicamenti! Non è meno importante pel medico il sapere quanto è sovente suscettiva, irritabile la membrana mucosa intestinale, che il sapere, d' altra parte, esservi casi in cui, quantunque venga messa in contatto con istimolanti più o meno energici, non si può nondimeno riuscire a realmente infiammarla. (Si possono su questo soggetto meditare i fatti da noi già citati). Veggansi pure altre osservazioni nelle quali non solo l' uso de' purgativi non fu nocivo, ma la loro amministrazione è stata realmente seguita da effetti vantaggiosi. Perchè mai insistiamo noi su questi fatti? Precisamente perchè le dottrine mediche attuali ne sviano l' attenzione de' pratici, e perchè è

bene conoscerli quando pur ciò fosse soltanto sotto l' aspetto fisiologico.

Noi qui inoltre veggiamo una diarrea copiosa stabilirsi negli ultimi giorni della vita, senza che alcuna lesione della mucosa intestinale, valutabile, possa renderne ragione.

L' alterazione dello stomaco non consisteva che in una semplice modificazione del colore della membrana mucosa; durante la vita non eravi stato altro segno di affezione gastrica che dell' anoressia; noi però abbiamo già veduto che questa può essere (oss. 11.[a]) riguardata come indipendente da uno stato morboso dello stomaco, comechè sia vero il dire che essa il più delle volte ne dipende.

L' operazione della paracentesi fu seguita da una notabile sfiltrazione de' membri inferiori; ma questa diminuzione d' idropisia non ebbe alcun risultamento vantaggioso: pel contrario, contando da questo momento, sintomi adinamici cominciarono a manifestarsi, e il malato cadde in uno stato di assopimento nel quale succumbette.

XVII. OSSERVAZIONE.

Induramento del fegato con isviluppamento di granulazioni. Tumore epigastrico. Ascite. Mancanza totale d'itterizia. Flemmasia cronica del polmone e dell' ileo. Flemmasia acuta dello stomaco. Edema polmonare.

Un facchino in età di cinquantaquattr' anni, dedito al vino, era già da molti anni soggetto ad infreddarsi; egli diceva di avere già da lungo tempo la respirazione un po' corta; qualche volta aveva sputato sangue.

Non risentì mai dolore nè al petto, nè all' addomine. Al principio del mese di gennaio 1822, si avvide che il suo ventre acquistava un volume affatto insolito; cionnondimeno continuò a portare fardelli fin verso gli ultimi del mese di febbraio. Venuto allo spedale verso il principio del mese di marzo, ci presentò lo stato seguente.

Addomine teso, presentante una fluttuazione manifesta, e che può essere premuto senza dolore nel traghetto presunto del colon trasversale, ove si sentono piccoli tumori moltipli, gibbosi, che sembrano dipendere dalla presenza di materie fecali indurate. Infatti da forse un mese il malato va difficilmente di corpo; per lo addietro egli aveva avuto sovente della diarrea. La copia della collezione sierosa del peritoneo non permette di esplorare convenevolmente lo stato de' differenti visceri addominali. La lingua è naturale; il malato ha poco appetito, ma non prova disgusto per gli alimenti; le orine sono rare, rosse e sedimentose; il polso è un po' frequente; il cuore sembra essere nel suo stato fisiologico; la tosse è frequente, accompagnata da espettorazione di sputi mucosi densi. L'ascoltazione fa sentire del rantolo in varj punti del torace; la faccia è pallida e magra, e così pure i membri, che non presentano traccia alcuna d'infiltrazione. Non avvi apparenza alcuna d'itterizia.

Una pozione purgativa composta di due once di olio di ricino, e di una di sciloppo di prugnolino, venne amministrata. Abbondanti evacuazioni ebbero luogo senza molte coliche. La medesima pozione fu prescritta ne' cinque giorni seguenti.

Cionnondimeno, lungi di diminuire sotto l' influenza degli idragoghi, l' ascite aumentò notabilmente; la lin-

gua si fece rossa e secca; un poco di sangue brunastro venne espettorato. La pozione purgativa fu soppressa: si prescrissero la *tisana di brusco con nitro*, *delle frizioni su le membra con una mistura di tintura di squilla e di digitale; due vescicanti alle gambe.* La diarrea, sollecitata da purganti, cessò; la lingua tornò al suo stato naturale; ma l' ascite facevasi sempre maggiore. Li 19 marzo, venne praticata la puntura; una materia verdastra e trasparente fu evacuata. Al momento in cui si ritirò il trocarre nessun liquido colò dalla cannuccia. Introducendo in questa uno stiletto ottuso sentivalosi urtare contro un corpo solido, che pareva un anello d'intestino. Essendo stato questo spostato dallo stiletto mantenuto nella cannuccia, il liquido colò; ne uscì ancora molto, durante tutta la notte, traverso la piaga.

Il giorno dopo la fatta puntura, noi sentimmo distintamente il margine tagliente del fegato nell' ipocondrio destro ed all' epigastrio per due traversi di dito sotto l'appendice xifoide. Il polso era debole; la lingua un poco secca. Due evacuazioni alvine erano occorse (*Tisana di brusco con aggiunta di miele scillitico; una tazza di vino*).

Due giorni dopo la puntura il volume dell'addomine era tornato quasi come prima che essa fosse praticata. La lingua era rossa, brunastra nel mezzo; il polso debole erasi accelerato; la temperatura della pelle non erasi elevata. — Medesima prescrizione.

Il 24, legger delirio ad intervalli; polso filiforme, mani fredde, ventre gonfio.

Li 25, l' addomine, ancora sviluppatissimo il giorno innanzi, erasi tutto ad un tratto depresso; l' occhio mezzo coperto dalla palpebra inferiore, era appannato,

insensibile; le pupille, largamente dilatate, sembravano aver perduto ogni facoltà contrattile. Le guance erano rosse, profondamente incavate; l'intelligenza pareva affatto annientata; quando pizzicavasi alcuno de' membri, il malato mandava fuori qualche lamento; egli agitava incessantemente e spigneva fuori del letto il membro addominale destro. La respirazione era molto irregolare: tal volta occorrevano più inspirazioni vicinissime fra di esse; tal' altra un lungo intervallo vi esisteva; cionnondimeno in mezzo a questo stato di agonia le estremità erano calde, il polso frequentissimo, ma regolare; e, cosa notabile, più forte e più sviluppato che ne' giorni precedenti.

Il malato morì nella giornata.

Sezione del cadavere.

Affondamento dell' addomine; membra in istato di marasmo.

Il peritoneo non racchiude che una piccola quantità di sierosità limpida. La piccola piaga fatta dallo strumento chirurgico, non ancora chiusa. Intorno ad essa osservasi nel tessuto cellulare un'injezione vascolare assai viva.

Il fegato oltrepassa due traversi di dito il lembo delle costole. Esso non estendesi nell' ipocondrio sinistro, ma è sagliente sotto l' appendice xifoide. All' esterno presenta un gran numero di granulazioni distintissime, isolate od aggruppate, separate da un tessuto grigio. Incidendo il fegato incontrasi una resistenza grandissima; la sua consistenza è in singolar modo aumentata. All' interno esso presenta le medesime granulazioni: le più notabili sono giallastre; le più piccole

hanno un color bianco leggermente trasparente, e si assimigliano molto, pel loro aspetto, a semi di canape. Molte di queste granulazioni compongono, col loro conglomeramento, piccole masse giallastre, tondeggianti, del volume di un cece all' incirca. La vescichetta del fiele contiene una piccola quantità di bile chiara e sierosa.

La membrana mucosa dello stomaco è vivamente injettata nella sua porzione splenica. Essa non presenta verun' altra alterazione.

La faccia interna dell' intestino tenue, compresovi il duodeno, è generalmente pallida. Nel suo quarto inferiore esiste un numero grande di ulcerazioni quasi tutte con margini bianchi, di un rosso livido solamente alcune. Il fondo di esse, in complesso, è bianco, e formato dal tessuto laminoso notabilmente ingrossato. La faccia interna dell' intestino grasso è bianca; la sua membrana mucosa di grossezza e di consistenza ordinarie.

La milza, poco voluminosa, è molle e si vuota agevolmente, sia colla pressione, sia col lavamento, della materia color feccia di vino da essa contenuta.

La sommità del polmone destro è dura e nera; un numero grande di granulazioni grigie e di una durezza quasi cartilaginosa sono sparse nell' interno dei due polmoni. Intorno ad esse il parenchima polmonare è crepitante; ma incidendolo vedesi sgorgare da ogni parte una sierosità che non ha colore ed è spumosa. — Il cuore, riempiuto di sangue nero liquido, presenta, nel resto, il suo stato fisiologico.

Il tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi cerebrali è infiltrato da una quantità grande di sierosità limpida. La sostanza cerebrale è ge-

neralmente molle. I ventricoli laterali sono molto distesi da sierosità ugualmente limpida. Numerose vene ingorgate di sangue serpeggiano su le loro pareti. Avvi pure molta sierosità alla base del cranio.

Nella malattia soggetto dell' osservazione ora descritta si possono distinguere quattro periodi. Nel primo esistono solo i sintomi di una doppia flemmasia cronica de' polmoni e degl' intestini. Nel secondo, l' affezione del fegato, il cui principio è difficile assegnare, lascia supporre la sua presenza, stante l' apparizione dell' ascite. Questa diviene notabilissima, senza che alcun altro sintomo riveli la malattia del fegato. Nessun dolore nella regione epatica e nessuna traccia d' itterizia. Quindi, ecco due affezioni del fegato affatto identiche sotto l' aspetto dell' alterazione di tessitura (osserv. 16.ª e 17.ª), che sono ambedue accompagnate da ascite, mentre in un solo di questi due casi avvi produzione d' itterizia. Del resto, nella specie di alterazione del fegato onde queste due osservazioni danno esempj, l' itterizia è molto meno costante dell'idropisia. Quest' ultima qui esiste solo nel peritoneo, mentre nel soggetto dell' osservazione 16.ª erasi estesa ai membri inferiori ed allo scroto.

Nel terzo periodo si videro apparire molti sintomi di gastrite acuta, e, siccome lo scopo nostro in quest' opera non è di difendere piuttosto l' una che l' altra medicazione, ma di esporre qual semplice storico gli effetti prodotti dai varj metodi terapeutici, noi faremo osservare che i purgativi dati pel corso di più giorni di seguito collo scopo di combattere l' idropisia, determinarono un' irritazione perniziosa delle vie digerenti, senza che l' idropisia diminuisse per niente affatto.

Al contrario, essa aumentò mentre questi purgativi venivano amministrati; noi la vedemmo pure riprodursi con notabile prestezza in seguito alla puntura.

Ciò che l' arte non aveva potuto fare, operò la natura spontaneamente. Ma questo riassorbimento del liquido peritoneale fu come il segnale dell' apparizione di nuovi accidenti (Quarto periodo).

Nel corso di quest' opera abbiamo già fermata l' attenzione sui sintomi gravissimi che manifestansi sovente in conseguenza del riassorbimento subitaneo e spontaneo di un' idropisia, quando non si stabilisce veruna evacuazione supplementaria. Qui, se ne vede un altro esempio: è possibile lo stabilire in questo caso qualche vincolo fra la sparizione subitanea dell' ascite e la formazione dell' edema polmonare. Non abbiamo noi già veduto in altre osservazioni un flusso sieroso riempiere i bronchi nel tempo stesso che effettuavasi il riassorbimento di un idro-torace; un flusso intestinale ugualmente sieroso stabilirsi nel tempo stesso che un'ascite spariva; finalmente, in un altro caso, uno spandimento notabilissimo di sierosità ne' ventricoli del cervello seguire rapidamente il riassorbimento della sierosità accumulata nel peritoneo?

L' aspetto delle ulcerazioni dell' ileo sembraci indicare che esse esistevano fino dall' epoca in cui il malato venne allo spedale, eppure egli allora era molto costipato; ciò è perchè effettivamente, come già abbiamo provato altrove, le ulcerazioni intestinali non sono necessariamente accompagnate da diarrea.

XVIII. OSSERVAZIONE.

Fegato aumentato di volume e loboloso. Ascite. Gastro-enterite. Puntura praticata dodici volte.

Un uomo di mare, in età di 39 anni, capelli neri, pelle bruna, presentante l' insieme de' caratteri del temperamento bilioso, passò nove anni in Inghilterra sui pontoni. Ebbe a sopportare la più grande miseria, vi fu attaccato da febbri intermittenti. Tornato in Francia dopo il 1814, esercitò varj mestieri, mancò sovente del necessario, e ad onta di tutto ciò si mantenne in buona salute fino al mese di ottobre 1821. A quest' epoca egli venne funestato da una diarrea assai copiosa, che, duratagli due mesi, cedette finalmente all'uso dell' acqua di risi ed alla dieta. Appena cessato questo flusso di corpo, il malato cominciò ad avvedersi che il suo ventre acquistava un volume insolito, del resto, nessun punto dell' addomine era doloroso. Le pareti addominali potevano essere premute in ogni verso, senza che ne risultasse alcuna sensazione penosa. Verso la metà del mese di gennaio 1822, il malato venne allo spedale della Pietà; 174 *mignatte e molti vescicanti volanti* furono applicati all' addomine nello spazio di circa cinque settimane. Bevette del vino bianco con nitro; cionnondimeno l' ascite aumentò sempre più: il flusso di corpo riapparve; il malato perduto di animo lasciò lo spedale, andò a passare una quindicina di giorni in sua casa, poscia venne allo spedale della Carità li 25 marzo 1822.

Egli era allora debolissimo. Il volto e le membra erano notabilmente emaciati; il color giallo paglierino della

faccia sembrava indicare l' esistenza di qualche lesione organica. Il ventre, assai teso, aveva un volume enorme; la fluttuazione vi era evidente; dappoi che esso era divenuto sì gonfio, era ben anche leggermente doloroso. Nessun tumore non sentivasi traverso le pareti assottigliate. Le pulsazioni del cuore sembravano nel loro stato normale; il polso era frequente senza che la pelle fosse calda; cinque o sei evacuazioni alvine occorrevano nel giro di 24 ore. La lingua era secca ed un poco rossa; l' appetito quasi nullo; la sete poco viva. La respirazione era alta; ma questo fenomeno pareva si dovesse ascrivere unicamente alla compressione del diaframma. L' orina era rossa, sedimentosa. La pelle restava costantemente secca.

Era ben evidente che questa ascite non dipendeva per niente da una qualunque malattia del cuore. Restava però a determinarsi se fosse risultamento di una flemmasia del peritoneo lentamente e sordamente sviluppatasi; se essa non fosse piuttosto dipendente da uno stato morboso del fegato; se finalmente non fosse punto essenziale.

Le idropisie asciti essenziali, nel senso che ordinariamente si attacca a questa parola, sono infinitamente rare, era adunque per lo meno probabile non esservi qui altro che semplice aumento dell' esalazione della sierosità, o semplice mancanza di assorbimento.

Sonovi, a vero dire, esempj ben comprovati di peritoniti sviluppatesi senza mai essere state annunziate dal più lieve dolore; è però assai raro che quando l'esalazione è il prodotto di una peritonite, essa sia anche copiosa; il ventre si fa teso e renitente; gl' intestini congiuntisi vanno a collocarsi dal più al meno traverso le pareti addominali, e la fluttuazione è sovente molto

oscura, sia in ragione della quantità o delle qualità del liquido effuso, sia perchè, rinchiuso in una quantità grande di borse, di cui le false membrane formano le pareti, non può cedere in massa all' urto dalla mano impressogli.

Procedendo così per via di esclusione, noi fummo tratti a riguardare il fegato qual causa dell' ascite, quantunque la sua malattia non fosse annunziata da alcuna specie di sintomo locale.

Ma altri organi erano pure sofferenti; la secchezza della lingua, l' anoressia, la diarrea più volte apparsa e sparita, annunziavano l' irritazione delle vie digerenti; non sembrava d'altronde, come osservavasi alcuna fiata, che la copia del liquido sparso nel peritoneo fosse diminuita per l' abbondanza delle evacuazioni alvine; la diarrea adunque non produceva vantaggio alcuno e solo indeboliva l' ammalato.

Qual' era la medicazione da praticarsi? Calmare prima di tutto l' irritazione della mucosa gastro-intestinale; temperare i dolori dell' addomine, e cercare in pochi giorni di porre il malato nello stato di sopportare l' operazione della paracentesi, indicata dalla difficoltà estrema nel respirare, e dall' ansietà generale risultante dalla distensione enorme del ventre. Per conseguenza, dal 25 al 30 vennero prescritte: *tisane raddolcitive*, *acqua d' orzo con gomma*, *brodo di vitello con emulsione*, *imbrocazione d'olio di camomilla*; *fomentazioni emollienti vennero fatte al ventre*; *bagni tiepidi furono dati*. Il malato prese per sola nutrizione tre brodi e pochi vermicelli ciascun giorno. Durante questo tempo la lingua inumidissi e perdette la sua rossezza, la diarrea si moderò, il polso perdette la sua frequenza, e l'ascite generale diminuì.

Alli 30 venne praticata la puntura; ne colò un liquido trasparente e senza colore; molte volte lo scolo si arrestò ad un tratto, e si fu costretto ad introdurre uno stiletto nel cannellino dello strumento, onde allontanare le parti intestinali che obliteravano momentaneamente l'orificio del cannello. Il malato sentissi immediatamente sollevato; alla notte dormì bene. L'indomani mattina non dolevasi di verun dolore al ventre, e diceva che il suo petto era stato liberato da un peso enorme opponentesi alla sua dilatazione. Aveva orinato molto più copiosamente che i giorni precedenti. Quest' abbondanza maggiore delle orine, in seguito all'operazione della paracentesi, è stata frequentemente osservata; si cercò darne ragione, supponendo che il rene assoggettato ad una compressione meno forte dopo l'evacuazione del liquido, facesse più liberamente le sue funzioni.

Invano noi cercammo di verificare la presenza di qualche tumore traverso le pareti addominali abbassate; non ne scoprimmo alcuno.

Il liquido era stato evacuato; era d'uopo impedire che si riproducesse; non si avrebbe potuto senza inconvenienti sollecitare col mezzo di drastici numerose evacuazioni alvine in un individuo, le cui vie digerenti erano state recentemente attaccate da flemmasia. Pel contrario, l'aumento cui il corso delle orine era stato dal giorno precedente soggetto, pareva essere una via aperta dalla natura che non dovevasi trascurare di seguire. Il malato prese *della tisana di gramigna con nitro edulcorata collo sciloppo delle cinque radici*, *quattro once*, *ciascun giorno*, *di vino diuretico amaro della Carità;* su la parte interna delle cosce vennero fatte sera e mattina delle frizioni con una mistura di

alcool canforato, di tintura di digitale e di cantaridi. Gli fu accordato il quarto.

Ne' giorni seguenti un poco di liquido continuò a colare attraverso la piaga fatta dallo stromento. Fino ai 7 aprile le orine furono copiose e limpidissime. Le funzioni digerenti erano nello stato più soddisfacente; il polso senza frequenza; le forze cominciavano a riaversi un poco.

Ma questo ben essere fu soltanto passeggiero. Li 10 aprile le orine cominciarono a farsi nuovamente rare e sedimentose; il volume del ventre aumentò con somma rapidità e, ai 15, la collezione era sì rilevante come all' epoca del suo ingresso nello spedale. Vennegli fatta una seconda puntura; ne colò una sierosità non meno limpida della prima volta. Li 16, 17 e 18, l' addomine si mantenne basso; ma questa volta le orine non si fecero nè più copiose, nè più chiare. Invano furono aggiunti ai diuretici qui sopra indicati *il miele squillitico nitrato e la decozione di brusco*, la cui speciale azione sui reni era stata preconizzata. Non manifestossi neppure tendenza veruna al sudore.

In questa impotenza della natura e dell' arte, Lerminier sperimentò un mezzo vantato da' pratici inglesi quale specifico contro le affezioni del fegato e contro l' idropisia che le accompagna, e che venne pur praticato in Francia: su l' addomine, specialmente verso l' ipocondrio destro e la parte interna delle cosce, vennero fatte ogni sera delle frizioni con *due grossi di unguento napolitano*. Nel tempo stesso gli venne dato nell'interno del *calomelano* sotto forma pillulare, *in dose di dieci grani ogni due giorni*. Questa cura fu cominciata li 20 aprile; alli 26, le gingive cominciarono a gonfiarsi; ai 28, erasi stabilito un leggiere ptialismo; nel giro di venti-

quattr' ore erano occorse una o due evacuazioni alvine: l'uso del mercurio fu sospeso, esso non aveva prodotto alcun bene manifesto. Pel contrario, il volume del ventre era tornato enorme, ed oltre a ciò, le gambe eransi per la prima volta edematizzate. Il malato domandava la puntura con istanza. Essa venne praticata li 30 aprile, quindici giorni dopo la seconda. Il ptialismo non cessò che li 2 maggio, e quattro o cinque giorni dopo la suddetta puntura l' addomine aveva già acquistato un volume quale per lo innanzi; l' edema delle gambe continuava. Li 10 maggio, quarta puntura seguita, come le precedenti, da un sollievo momentaneo (*Limonata con nitro, sciloppo antiscorbutico*). Fino ai 27 maggio lieve rossezza della lingua; polso un poco frequente; orine rare ma chiare.

Li 27 maggio, distensione enorme del ventre; quinta puntura. L' indimani l' ascite era già quasi tornata allo stesso punto del giorno innanzi. Dieci giorni dopo, 6 giugno, la difficoltà estrema di respirazione rese necessaria una sesta puntura; li 20 dovettesi pure praticarne una settima. Frattanto, sotto l' influenza di perdite sì copiose, l' ammalato perdeva ogni giorno più delle sue forze; il suo declinamento era evidente. Il suo polso era estremamente variabile; da un giorno all' altro lo trovavamo raro, frequente, ma sempre debolissimo. Questo stato del polso pareva essere in rapporto collo stato della lingua che noi trovavamo alternativamente rossa o pallida, secca od umida. Finalmente, contando dai 16 giugno, la rossezza della lingua divenne permanente, ed una diarrea copiosa, con tenesmo e dejezioni alvine sanguinolenti, stabilissi spontaneamente. Le tisane più raddolcitive furono nuovamente prescritte; lavativi emollienti vennero prescritti tutti i giorni. I

sintomi di dissenteria sparirono; ma le evacuazioni alvine continuarono ad essere frequenti; quantunque sierose ed abbondanti, esse non ebbero influenza veruna su la collezione peritoneale che, li 30 giugno, rese indispensabile un' ottava puntura. Questa volta noi osservammo in mezzo al liquido un numero rilevante di fiocchi albuminosi. Non pertanto, dolore veruno non aveva annunziato il prodotto dell' infiammazione della sierosa.

Nel corso del mese di luglio quattro altre punture vennero operate in tempi assai vicini fra di essi. Il liquido presentò sempre un numero più o meno grande di fiocchi. La debolezza sempre crescente del malato sembrava, a vero dire, le dissuadesse; ma, d' altra parte, la soffocazione che facevasi imminente a misura che il ventre distendevasi, esigeva imperiosamente l' evacuazione del liquido.

Durante tutto questo mese e nel principio del seguente, i segni d' infiammazione dello stomaco e dell' intestino grosso continuarono; il polso fu costantemente frequente.

La dodicesima ed ultima puntura venne fatta li 29 luglio.

Dai 30 luglio ai 9 agosto l' addomine non si distese che mediocremente, ma l' alterazione profonda delle fattezze, una specie di materia pulverulenta sparsa su le cornee trasparenti, e il raffreddamento della pelle, annunziavano il fine prossimo dell' ammalato. Li 6 agosto la cornea, dal lato sinistro si ulcerò superficialmente. La morte avvenne l' undici agosto, senz'agonia, senza turbamento apparente delle facoltà intellettuali.

Sezione del cadavere
fatta diciott' ore dopo la morte.

Cranio. Infiltrazione sierosa assai notabile nel tessuto cellulare sotto aracnoideo, sierosità ne' ventricoli laterali; sostanza cerebrale sana. Una piccola produzione ossea, di forma regolare, avente in tutto la consistenza di una delle lame delle ossa del cranio, e presentante la più perfetta rassimiglianza con una scheggia staccata di uno di questi ossi, esisteva sul lato sinistro della faccia del cervello. Essa aderiva alla faccia interna dell' aracnoide che copre in questa parte la duramadre, per mezzo d'un tessuto cellulare che rompevasi solo con una certa forza. Quindi, essa era evidentemente contenuta nella cavità dell' aracnoide. Aveva nel suo diametro maggiore circa un pollice e mezzo di estensione.

Torace. I polmoni, piccolissimi, non discendenti oltre la quinta costa, presentavano nondimeno un tessuto non più denso di quando possono liberamente dilatarsi. Sembravano anzi essere stati soggetti ad una specie di atrofia.

Il cuore, vuoto di sangue, era notabile per la sua piccolezza e pallidezza, e per l'estrema flacidezza delle sue pareti.

Addomine. Una quantità grande di sierosità, citrina e trasparente, scolò al momento in cui le pareti addominali furono incise. Nella cavità del peritoneo non venne trovata traccia veruna di fiocco, e questa membrana, attentamente esaminata, non presentò il più lieve vestigio di flemmasia.

Il fegato, notabile per la sua piccolezza, non occu-

pava che una piccolissima parte dell'ipocondrio destro. La sua superficie esterna presentava da tutte le parti una quantità grande di gibbosità irregolarmente tondeggianti. Inciso con un taglio netto, esso presentava una serie di piccoli lobi rossastri e rotondi, che erano circoscritti da linee sinuose di un grigio biancastro, ora da piastre dello stesso colore. La grandezza dei lobi era variabile; l' area de' più notabili appena uguagliava il diametro di una moneta da cinque soldi; i più piccoli non erano che semplici punti, o specie di granelli. Separavansi agevolmente, senza lacerarli, dai luoghi in che erano posti, e alle cui pareti non sembravano aderire che per mezzo di un tessuto cellulare floscio. Così separati, essi presentavano una forma irregolare tondeggiante, ed il loro volume variava da quello di un grosso pisello fino a quello di un seme di canape. Incisi, presentavano un tessuto rossastro, che col lavamento facevasi di un grigio giallastro e aveva la più grande analogia col tessuto ordinario del fegato. Il tessuto intermedio a questi lobi, disposto a foggia di linee o di piastre, sembrava essere di natura fibrosa; esso era scavato da numerosi vasi e formava le pareti delle cavità ove erano incassati i lobuli (*). Questi, prominenti all' esterno, formavano le gibbosità e davano al fegato l' aspetto di un rene di feto.

La vescichetta del fiele era piena di una bile che mostrava avere le sue qualità ordinarie. I grossi vasi che entrano nel fegato o partono da esso trovavansi nel loro stato abituale.

La milza non presentava nulla di notabile.

(*) In questa descrizione si riconosce l'ipertrofia simultanea delle due sostanze del fegato.

Lo stomaco, fortemente ristretto, aveva su la maggior parte della sua superficie interna un color rosso intenso esistente nella mucosa: questa d'altronde non era nè rammollita, nè sensibilmente ingrossata. Un ammasso di muco verdastro, grosso, puriforme, simile a quello che ricopre sovente la mucosa faringiana, la copriva.

L'intestino tenue nel suo terzo superiore, compresovi il duodeno, non presentava che una leggerissima injezione; ma nel resto della sua estensione fin sopra alla valvola ileo-ciecale, la mucosa era così rossa come nello stomaco. Non lungi dal cieco essa aveva d'uno in altro spazio delle erosioni oblunghe, anzichè vere ulcerazioni, coperte da una materia biancastra, poltacea, membraniforme.

Alla faccia inferiore della valvola il colore cangiava in un subito; di rosso vivo ch'esso era, facevasi un grigio di ardesia intenso nel cieco e nelle varie porzioni del colon. Questo colore risedeva nella mucosa e sembrava prodotto specialmente dall'injezione di una quantità grande di piccole vene. In mezzo a questo color brunastro apparivano ad intervalli piccole macchie bianche, esattamente rotonde, aventi il diametro di una o due linee tutt'al più, e circoscritte da un circolo di un nero carico; là dove esse non esistevano la mucosa pareva distrutta.

L'alterazione nella tessitura del fegato, di cui questa osservazione somministra un esempio, è rarissima a questo grado. Sembrerebbe, d'altronde, che consista principalmente in un'esagerazione delle due sostanze, le quali col loro insieme costituiscono il parenchima epatico.

I suoi sintomi furono affatto oscuri: giammai nella regione del fegato non si potè verificare nè dolore, nè tumore. È impossibile dire quando essa abbia cominciato. I primi sintomi morbosi esistettero dal lato delle vie digerenti (diarrea), poscia manifestossi un' ascite. Per tutto il tempo che noi osservammo il malato, la membrana mucosa gastro-intestinale ed il peritoneo parvero essere i due soli organi sofferenti. Solo l' autopsia del cadavere dimostrò l' affezione del fegato, affezione che fu, giusta tutte le apparenze, la causa dell' ascite, stante l' ostacolo posto al libero corso del sangue della vena porta. Anche in ciò si riconosce una specie di *ostruzione* del fegato.

I molti medicamenti stimolanti onde su questo individuo si è fatto uso parvero avere un effetto soltanto nocivo: i differenti diuretici adoperati non fecero che irritare in modo pernizioso la membrana mucosa gastro-intestinale, senza aumentare la secrezione orinaria.

Le frizioni mercuriali, amministrate in modo da produrre la salivazione, non furono di alcuna efficacia nè su la malattia del fegato nè su l' ascite.

Faremo osservare ancora il gran numero di punture fatte in un breve spazio di tempo, e l' estrema rapidità con cui la sierosità riproducevasi nel peritoneo, dopo averla estratta. Molte volte, immediatamente dopo la puntura, la secrezione orinaria divenne più copiosa.

Roger, allievo interno degli spedali, ci ha inviato una nota su lo stato di un fegato da lui osservato nello spedale di S. Luigi, che ha molta relazione con quello da noi ora descritto. Questo fegato fu trovato in una nubile in età di quarantasei anni, morta di peritonite. Esso non era aumentato di volume, ma la sua forma era cangiata. Presentava quella di un ovoide diviso in un

numero grande di loboli; la sua consistenza era maggiore che nello stato naturale; il suo colore niente alterato. Incidendo il suo tessuto, si udì scricchiolare lo strumento; le parti che presentavano questa resistenza erano formate da un tessuto disposto in linee sinuose, le quali avevano la densità e l'aspetto perlino delle aponeurosi. Questo tessuto pareva essere la membrana di Glisson, ingrossata sui vasi da essa inviluppati. La forma lobulosa che il fegato nel suo esterno aveva, era rappresentata perfettamente nel suo interno. La membrana di Glisson ingrossata descriveva circoli corrispondenti al contorno de' lobuli esterni. Il lobo di Spigel era così diviso in sei lobuli distintissimi.

B. ALTERAZIONI DI NUTRIZIONE DEL FEGATO CON DIMINUZIONE DEL SUO VOLUME.

XIX. OSSERVAZIONE.

Atrofia del fegato. Apparenza cellulo-fibrosa del suo tessuto. Ascite. Gastro-enterite cronica.

Un pulitore di acciaio in età di trentasei anni, venne allo spedale li 27 gennaio 1820. In conseguenza di vivissimi dispiaceri egli abbandonò Versailles ove abitava, e venne a stabilirsi a Parigi in una contrada angusta ed umida del quartiere della città. Fino allora aveva goduto di una buona salute; solo, sedici anni prima, aveva avuto un flusso di petto, ed era soggetto alle emorroidi fino dalla sua giovinezza. Poco dopo il suo arrivo a Parigi perdette l'appetito; l'introduzione degli alimenti nello stomaco riusciva alcune volte dolorosa; essi venivano di tempo in tempo vomitati, e ad

intervalli sopraggiugneva la diarrea, e quando questa cessava subentrava una forte costipazione. Quest'uomo, che fino allora aveva avuto carni rigogliose, dimagrò in breve. Diciotto mesi dopo che questi sintomi dal lato delle vie digerenti ebbero cominciato a manifestarsi, si avvide ad un tempo che la sua faccia e le sue membra dimagravano ognor più; il ventre, pel contrario, aumentava in volume, senza però risentire dolore alcuno.

Quando noi vedemmo questo malato, l'addomine era sede di uno spandimento notabile che cagionava una fluttuazione manifesta. I membri inferiori erano infiltrati (il malato ci assicurò che questo edema di membra era sopraggiunto solamente lungo tempo dopo che l'addomine aveva cominciato a gonfiarsi). Premuto nei varj punti della sua estensione il ventre non parve doloroso in nessuna parte; la faccia era pallida e scarna; la lingua coperta da una patina giallastra, senza rossezza; rutti acidi occorrevano assai frequentemente; l'introduzione nello stomaco di qualsiasi alimento solido, o di vino, era seguita da un dolore assai vivo all'epigastrio; nessun appetito; il malato dolevasi specialmente di avere pel pane un disgusto insuperabile; non nutrivasi da lungo tempo che di latte, di ciambelle, e di pochi legumi. Da circa un mese la diarrea era stata continua: otto a dieci evacuazioni alvine, formate da una materia liquida simile ad acqua colorata in giallo, occorrevano nel giro di ventiquattr'ore; il polso aveva una frequenza leggiere, senza che la pelle fosse calda; le orine erano rare, di un rosso brunastro, e cariche di un sedimento copioso. Non eravi traccia alcuna d'itterizia, e la colorazione delle evacuazioni alvine dimostrava esservi nel duodeno flusso di bile.

L' esistenza di una gastro-enterite cronica non era dubbiosa; certo, essa aveva avuto gran parte al decadimento progressivo del malato. Rispetto alla causa dell' idropisia, essa sfuggiva all' investigazione; ma ci parve probabile che fosse legata ad un' affezione del fegato.

Nel corso de' due mesi seguenti noi vedemmo quest' individuo andar sempre più in rovina; l' idropisia non aumentò, nè diminuì. Ogni qual volta cercossi combatterla con medicamenti cui viene attribuita una proprietà diuretica (*Brusco*, *gramigna*, *nitro*, *preparazioni di squilla*, *digitale*), si fu costretto a sospenderli, non producendo altro effetto che di accrescere l' irritazione gastro-intestinale. Le frizioni colla tintura di digitale non ebbero pure alcuna efficacia. Sperimentossi il mercurio in frizioni su l' addomine, e non si ottenne alcun buon effetto. Finalmente la lingua si fece rossa e disseccò; la diarrea che non era mai cessata, divenne più copiosa; sopraggiunse un delirio vago; il malato andò sempre più declinando e morì.

Sezione del cadavere.

Faccia e membri toracichi affatto scarni; infiltrazione de' membri addominali, dello scroto, del pene, e delle pareti addominali; sierosità limpida, un poco verdastra, accumulata in gran quantità nel peritoneo; alcune parti degli intestini fluttuanti in mezzo a questa sierosità, e come da essa lavate. Nessuna traccia d' infiammazione attuale o precedente della membrana sierosa.

Il fegato è notabile pel suo piccolissimo volume. Il lobo sinistro non consiste che in una linguetta sottile, aggiunta al lobo destro. Questo lobo medesimo è

molto minore dell' ordinario. Esternamente esso ha un colore verde grigio: incidendolo presenta una resistenza insolita, in alcune parti scricchiola effettivamente sotto lo scalpello. Non vedesi quasi più traccia delle due sostanze ordinarie del fegato, ma solo un tessuto biancastro, molto denso, di apparenza cellulo fibrosa, e che sembra pochissimo vascolare. Ne' condotti epatico e coledoco, come pure nella vescichetta, trovasi una certa quantità di bile gialla, poco densa. Le pareti della vescichetta sono infiltrate.

Lo stomaco presenta nelle sue due porzioni differenti alterazioni. Verso il gran fondo cieco (porzione splenica) la membrana mucosa è vivamente injettata (aspetto punteggiato), senz' essere d' altronde notabilmente nè rammollita, nè ingrossata. Nella porzione pilorica, la membrana mucosa ha un colore brunastro; essa è rugosa, ineguale, considerabilmente ingrossata, presenta della resistenza alla lacerazione; al disotto, presso il piloro, trovasi il tessuto laminoso più denso e più grosso dell'ordinario. La superficie interna del duodeno ha un colore brunastro simile a quello dello stomaco. Nel quinto inferiore dell' ileo, e così pure nel cieco e nel colon ascendente, esistono numerose ulcerazioni, la cui longevità è provata dall' ingrossamento e dal colore brunastro del tessuto cellulare che ne compone il fondo. Fra esse la membrana mucosa è assai vivamente injettata. Questa injezione esiste, senza ulcerazione, nel colon trasversale e perfino nel retto. La milza era piccola e densa. Il cuore vuoto di sangue, floscio e scolorato. Una quantità molto rilevante di sierosità esisteva ne' ventricoli cerebrali ed alla base del cranio.

Ecco un' altra grave alterazione del fegato, la cui formazione non è annunziata da verun sintomo caratteristico. Quale si fu il suo punto di partenza? Precedette essa oppure seguì l' infiammazione gastro-intestinale? I vivi dispiaceri dall' ammalato sostenuti ebbero eglino qualche influenza su lo sviluppamento di essa? Questa atrofia del fegato, questo cangiamento del suo parenchima ordinario in un tessuto quasi cellulo-fibroso, queste alterazioni di nutrizione, riconoscono elleno per causa un processo flemmasico? Non sono forse piuttosto il risultamento di un processo affatto opposto; e non avvi qualche analogia da stabilirsi fra questo fegato che diminuisce di volume, e il cui parenchima ordinario tende a trasformarsi in una semplice trama cellulosa e fibrosa, e quegli organi i quali, quando vanno soggetti ad atrofia, non lasciano più a loro vece che un tessuto cellulare o cordoni fibrosi? (Timo, arterie e vene, ec.)

In tale stato di atrofia, d' induramento, e di alterazione nella sua tessitura, questo fegato più non lasciava verisimilmente un libero passaggio al sangue della vena porta: quindi, la produzione dell' ascite, e più tardi quella dell' edema de' membri addominali.

Cionnondimeno, per quanto fosse alterato e privo di una parte de' suoi vasi che parevano essersi obliterati, questo fegato secerneva ancora della bile, e nessuna itterizia occorse giammai. Nella seguente osservazione, in cui troveremo un'alterazione di fegato affatto simile, verificheremo, al contrario, l' esistenza di un' itterizia. Quindi più si progredisce e più veggonsi moltiplicate le prove di questa asserzione, vale a dire, che la produzione dell' itterizia dipende da altre produzioni anzichè dalla natura stessa dell' alterazione del fegato.

La rossezza e la secchezza della lingua sopraggiunte negli ultimi giorni, l'aumento del flusso intestinale e la prostrazione che accompagnò questi sintomi, provennero certo da un inasprimento dell' antica flemmasia delle vie digerenti; la rossezza senza rammollimento della porzione splenica dello stomaco, era verisimilmente la lesione organica che corrispondeva a questo inasprimento. È verisimile che in molti casi lo stomaco possa per tal modo ridursi in uno stato di congestione, senza che ne risultino sintomi assai gravi; ma questa congestione, stabilitasi in un individuo già altamente indebolito, si fece prontamente mortale. Tanto gli è vero che generalmente la gravezza de' sintomi non dipende già dalla intensità delle lesioni, bensì dalla disposizione in cui queste lesioni trovano gl' individui ne' quali sopraggiungono.

XX. OSSERVAZIONE.

Atrofia del fegato, con apparenza cellulo-fibrosa del suo tessuto. Idropisia. Itterizia. Stato sano del tubo digerente. Risipola cangrenosa di un membro.

Un cozzone, in età di 52 anni, aveva quando venne alla Carità un' ascite ed un infiltrazione notabile dei membri inferiori. Inoltre le congiuntive e tutta la superficie cutanea presentavano un color giallo verdastro. Egli ci disse che da molti mesi era idropico e giallo. Era già alcun tempo che perdeva le sue forze e la pienezza delle sue carni, senza però che il suo appetito ne fosse diminuito, quando si accorse che il suo ventre aumentava di volume, e, presso a poco alla stessa epoca cominciò a divenir giallo. Ci assicurò di

non essere mai stato soggetto nè a dolore, nè ad incomodo veruno nella regione del fegato: palpato l'addomine, non era in alcun punto doloroso, nè vi si riconosceva tumore alcuno; la lingua aveva il suo aspetto naturale; l'appetito era conservato, l'introduzione degli alimenti nello stomaco non cagionava niun mal essere locale o generale; le dejezioni alvine erano rare, ma colorate, come nell'individuo in buono stato di salute; il polso non aveva frequenza. Il malato era tutto gaio e pieno di speranza.

Pochi giorni dopo il suo ingresso venne praticata la puntura; altre due ne furono operate nelle tre settimane seguenti; ma ogni volta il liquido peritoneale riproducevasi con sorprendente rapidità. *Le frizioni con tintura di digitale e vino squillitico e la tisana di gramigna con nitro*, non aumentarono punto la secrezione orinaria. Cionnondimeno il malato indebolivasi, e il suo appetito era diminuito quando, in seguito alle scarificazioni operate sui due membri addominali notabilmente gonfiati, una rossezza livida impadronissi della pelle della gamba destra; il terzo giorno dell'apparizione di questa rossezza, la pelle ov' erasi manifestata trovavasi già attaccata da cangrena; al tempo stesso prostrazione rapida. Morte sei giorni dopo l'invasione della risipola.

Lo stato del fegato e delle sue dipendenze era talmente simile a quello descritto nell' osser. 19.ª, che, ond' evitare le ripetizioni, noi rimandiamo alla fatta descrizione. La milza aveva il volume e la consistenza dello stato normale.

Il tubo digerente, esaminato con ogni accuratezza, non presentò lesione alcuna di qualche momento.

Nel peritoneo venne trovata una quantità grandissima di sierosità limpida, senza traccia di peritonite.

Nulla di notabile negli altri organi.

Questa osservazione in cui trovasi un'alterazione del fegato esattamente simile a quella descritta nell' osservaz. 19.ª, e che ci presenta al pari di questa, una mancanza totale di dolore dal lato del fegato ed una produzione d' idropisia, ne differisce 1.º per l' esistenza dell' itterizia sopraggiunta, sebbene durante la vita la bile paresse colare liberamente nel duodeno, come dimostrava la natura delle evacuazioni alvine; questa osservazione differisce ancora dalla 19.ª per la mancanza di qualunque sintomo di gastro-enterite attuale o passata, e per lo stato sanissimo in cui il tubo digerente fu dopo la morte trovato.

L'indebolimento graduale del malato parve il doppio risultamento e dell' affezione del fegato e della perdita di sierosità cui l' ammalato andò sottoposto, essendosi l' ascite riprodotta con estrema rapidità dopo ciascuna delle tre punture operate successivamente in un assai breve spazio di tempo. Queste punture ebbero adunque realmente un effetto nocivo, poichè senza di esse meno sierosità sarebbe uscita dal sangue. Noi veggiamo anche in questo caso i diuretici mancare di efficacia. Si comprende che essi avrebbono maggiore influenza quando si trattasse di supplire una secrezione attiva con un' altra. Qui però era necessario toglier via l' ostacolo meccanico che, opponendosi al libero passaggio del sangue venoso pel fegato, costringeva la parte più tenue del sangue a trasudare dai capillari venosi.

La morte fu visibilmente il risultamento della risipola cangrenosa che s' impadronì della pelle di una gamba in seguito alle scarificazioni. Certo, la terminazione di questa risipola per cangrena non verrà qui punto attribuita ad un eccesso d' infiammazione.

XXI. OSSERVAZIONE.

Stato granuloso del fegato, con aumento della sua densità e diminuzione del suo volume. Idropisia. Mancanza d' itterizia e di dolore. Infiammazione gastro-intestinale.

Un uomo di 67 anni, oriuolaio, che aveva fatto abuso tutto il corso di sua vita di liquori alcoolici, vide nel 1814 la sua casa saccheggiata e la sua fortuna distrutta. Ridotto, gli anni seguenti, ad uno stato prossimo alla mendicità ebbe ben anche la sciagura di perdere molti de' suoi figliuoli; cionnondimeno la sua salute si conservò buona fin verso la metà del mese di maggio 1821. Allora si avvide che il contorno de' malleoli era in uno stato edematoso. Questo edema aumentò fino al mese di giugno, tempo in cui il malato, sentendosi molto debole, non uscì più di stanza. L' idropisia si estese a poco a poco alle cosce ed all'addomine, la respirazione si mantenne sempre libera; non vi fu mai dolore alcuno addominale. Verso la fine di ottobre la distensione del ventre era enorme; venne quindi operata la puntura.

Venuto allo spedale li 19 dicembre 1821, quest' individuo presentò lo stato seguente:

Dimagramento del volto e delle membra; fluttuazione evidente nell' addomine fortemente tumido, d' altronde indolente; gonfiezza notabile de' membri ad-

dominali; la pelle della gamba destra, di un rosso livido, presenta numerose screpolature, attraverso le quali scola spontaneamente una quantità grande di sierosità. La respirazione, fino allora libera, è fatta da poco tempo difficile (effetto probabile della compressione del diaframma dalla sierosità peritoneale operata).

Tosse leggiere; la percussione e l' ascoltazione non lasciano riconoscere, negli organi toracichi, altre lesioni valutabili che rantolo bronchico umido in varj punti, specialmente a sinistra indietro.

Polso piccolissimo, frequente, e presentante una grande irregolarità sotto il rapporto della forza e del succedersi delle pulsazioni; lingua umida e vermiglia; sete mediocre, bastante appetito; dejezioni alvine ordinarie; orine rare, ma limpide (*Tisana di gramigna con nitro; sei pillole di calomelano e di sapone, composte ciascuna di un grano di calomelano e di tre di sapone*).

Li 22, venne operata la puntura, ne scolò un secchio di sierosità. Malgrado l' affondamento delle pareti addominali, non si potè riconoscere tumore alcuno, sia nell' ipocondrio destro, sia altrove. (*Quattro once di vino squillitico composto, e due tazze di vino* vennero aggiunte alla prescrizione de' giorni precedenti).

Dai 22 ai 25 il malato dice di star benissimo; ma alla mattina di questo stesso giorno, un notabile cangiamento era in lui sopraggiunto, rispetto allo stato delle vie digerenti; un disgusto totale per gli alimenti era succeduto all' appetito fino allora conservato; la lingua era secca e bruna; molte evacuazioni alvine liquide erano occorse: la frequenza del polso era in singolar modo aumentata (133 *pulsazioni al minuto*). Vennero continuati i medesimi medicamenti.

Li 26, alterazione delle fattezze, prostrazione notabile; aumento di secchezza e di color bruno nella lingua, dolori agl' intestini vivissimi; dejezioni alvine viscose e sanguinolenti; polso appena sensibile, di una irregolarità notevole; orina rossa e torbida. Nuova apparizione dell' ascite (*Lavativo di gramigna e di papavero: dieci mignatte all' ano; tisana di orzo con gomma per bevanda*).

Dai 26 alli 30 nessun cangiamento. Questo giorno il ventre presentava un volume uguale a quello che aveva prima della puntura: ne venne operata una seconda. Il malato sentissi momentaneamente sollevato; ma il giorno appresso la prostrazione parve estrema. La faccia era molto dimagrata; il malato presagiva vicino il suo fine. Continui vomiti occorsero nella giornata; un dolore ardente era risentito al fondamento. Da tre giorni era occorsa una sola dejezione alvina nel giro di 24 ore. Ne' giorni successivi la diarrea apparve di nuovo; il polso si fece sempre più debole, i vomiti persistettero, ed il malato morì senza aver presentato il più lieve turbamento nelle sue facoltà intellettuali.

Autopsia del cadavere.

Marasmo del volto e de' membri superiori; infiltrazione notabile delle cosce e delle gambe, ascite.

Fegato assai piccolo non occupante che una debole parte dell' ipocondrio destro, avente un colore brunastro. Veduto all' esterno, pareva come contratto, aggrinzato, ristretto sopra sè medesimo. Inciso, presentava un tessuto densissimo. Invece di avere la sua sostanza rossa ordinaria, separata in areole per mezzo di numerose linee o circonvoluzioni bianche, sembrava

unicamente composto di un numero infinito di granulazioni di un verde brunastro, aventi il volume di un grano di miglio, accumulate le une sopra le altre; coll' incisione poco sangue ne colava. Una quantità piccolissima di bile scolorata, che sembrava composta solo di acqua, di albumina, e di un poco di materia colorante gialla, era contenuta nella vescichetta. Nulla di notabile ne' canali epatico, cistico e coledoco.

La superficie interna dello stomaco, distesa da liquidi, presentava una rossezza presso a poco uniforme, partendo dal cardia, fino ai dintorni del piloro; questa rossezza risiedeva nella membrana mucosa, la quale, ingrossata alquanto, aveva però conservata la sua consistenza ordinaria. La bianchezza dell' intestino tenue contrastava colla rossezza dello stomaco, solo per l'estensione di un piede sopra il cieco apparivano alla sua faccia interna piccoli corpi rossastri, tondeggianti, simili a follicoli mucosi infiammati. Color nerastro e ingrossamento manifesto della membrana mucosa del cieco e del colon ascendente. Colon trasversale bianco; rossezza del colore della feccia di vino nella faccia interna del restante dell' intestino grasso, fino alla sua estremità anale. Questa rossezza risiedeva intieramente nella mucosa, la cui grossezza era per lo meno tripla della naturale; la sua consistenza era pure notabilmente aumentata; essa era coperta e come intonacata da una materia di un grigio rossastro, semi-solida e quasi polposa, molto simile alla lavatura di carne.

Torace. Una quantità grande di sangue nero liquido riempiva le quattro cavità del cuore che del resto era sano; non eravi neppure alterazione sensibile ne' grandi vasi che partono da quest' organo o che vi si trasferiscono. Rossezza generale de' bronchi, una sierosità spu-

mosa e senza colore colava dal parenchima polmonare mediante l' incisione.

Cranio. Infiltrazione sierosa notabile del tessuto cellulare sotto aracnoideo della convessità degli emisferi. La sostanza cerebrale era notabile per la sua mollezza grande (la sezione del cadavere era stata fatta 17 ore soltanto dopo la morte). Si sarebbe detto che questa sostanza fosse pure come infiltrata di liquido.

Dal centro della faccia interna del corpo striato dal lato destro, elevavasi un piccol corpo biancastro, friabile, avente il volume di un pisello ordinario, affondato una in due linee nella sostanza grigia del corpo striato, che era perfettamente sano intorno ad esso.

Quest' osservazione porge un esempio notabile dell' alterazione particolare del fegato, che puossi indicare col nome di stato granuloso di quest' organo, stato di già riconosciuto da Morgagni, in molti idropici, e che ci pare non abbia fermato abbastanza l'attenzione de' moderni osservatori. In questo caso lo stato granuloso aveva acquistato, se così puossi dire, il suo sviluppo massimo.

Tutto il parenchima epatico non consisteva veramente più che in granulazioni conglomerate ed aggruppate le une presso le altre. Nessuna però eravene visibile all'esterno dell' organo. Questo era ad un tempo diminuito di volume, e pareva in uno stato di atrofia; ma, come noi abbiamo cercato svilupparlo altrove (art. 1.°), quest' atrofia cadeva soltanto sur un elemento anatomico del fegato, mentre uno o più altri de' suoi elementi sembravano essere nello stato d'ipertrofia, d'onde risultava l' apparizione di quelle innumerabili granulazioni.

Che se ora volgiamo la nostra attenzione su le cause che poterono esercitare qualche influenza su questa notabile alterazione del fegato, troveremo l'abuso de' liquori alcoolici e i vivi dispiaceri, sopraggiunti in un tempo in cui il sistema nervoso, deviato dalle passioni dal suo stato normale, tende soprattutto a modificare nella loro organizzazione, nelle loro funzioni, nelle loro proprietà vitali, l'apparecchio digerente ed i suoi annessi. Niente ci prova d'altronde che in questo caso l'affezione del fegato sia stata preceduta da un'affezione acuta o cronica del tubo digerente. L'invasione della malattia del fegato fu affatto oscura: nessun dolore, nessuna tumefazione dell'ipocondrio e nessuna traccia d'itterizia non l'annunziò; solo le forze diminuirono, le carni dileguarono, e dopo che questi fenomeni soli ebbero denotato, per un certo tempo, che un organo importante dell'economia trovavasi affetto, manifestaronsi tracce d'idropisia. Ma questa procedette in un modo diverso da quello che osservasi ordinariamente nelle malattie di fegato. Cominciando dalla parte inferiore de' membri addominali, estendendosi progressivamente, e di basso in alto, alle gambe, poscia alle cosce: giugnendo al peritoneo solo consecutivamente, non si avrebbe detto che dipendesse da un'affezione organica del cuore? Un nuovo fenomeno contribuiva pure, se così posso dire, ad illudere su la vera sede della malattia, cioè la grande irregolarità del polso: cionnondimeno il cuore era esente da qualsivoglia alterazione organica; la causa dell'idropisia risiedeva nel fegato. Quindi, in medicina, non cessiamo di ripetere che le regole più generali hanno quasi sempre le loro eccezioni.

All'epoca in cui il malato venne allo spedale, le fun-

zioni digerenti non mostravano essere ancor state soggette a notabili alterazioni; più tardi apparvero sintomi d'irritazione gastro-intestinale; come nella maggior parte de' casi in cui quest' ultima sopraggiunge in un periodo inoltrato delle malattie di lungo corso, essa fece luogo a quel complesso di sintomi che costituiscono una varietà della febbre detta adinamica. In questo caso vi furono sintomi disenterici ben distinti, e la sezione del cadavere svelò l' esistenza di un' alterazione infiammatoria assai grave della parte ultima del colon e del retto.

Osserveremo di passaggio, quantunque questa circostanza sia estranea al nostro soggetto, il piccolo tubercolo che vedevasi impiantato nel corpo striato e la cui esistenza, durante la vita, non era stata da sintomo alcuno rivelata.

§ 3.° *Osservazioni relative alle produzioni accidentali venute nel fegato.*

Con questo nome noi indichiamo qualunque materia solida o liquida formatasi accidentalmente in mezzo al parenchima del fegato, come, materia grassa, pus, tubercoli, sostanza cancerosa, cisti sierosi, idatidi.

Di questi varj prodotti, alcuni non mostransi ordinariamente nel fegato che in seguito ad un processo evidente di flemmasia; gli altri non sono in tutti i casi così manifestamente da questo preceduti; in altri finalmente nulla prova che esso sia mai esistito.

Produrremo successivamente un certo numero di osservazioni proprie a far conoscere i sintomi più o meno caratteristici che molte di queste produzioni cagionano.

Parleremo prima degli ascessi del fegato, sui quali

Louis ha recentemente pubblicato molte osservazioni piene d'interesse, e i cui principali risultamenti concordano con quelli a che ci condurranno le osservazioni che esporremo. Gli undici casi di cui qui si farà parola, unitamente ai cinque da Louis descritti, e ad un altro già da noi più sopra registrato, potranno servire ad una storia presso a poco completa degli ascessi del fegato, affezione abbastanza rara da non essere mai stata osservata da' molti fra' giovani medici, che hanno assistito per anni non pochi alle cliniche degli spedali.

XXII. OSSERVAZIONE.

Itterizia febbrile. Gonfiezza dolorosa dell'ipocondrio destro. Fochi purulenti sparsi nel fegato, con rossezza e rammollimento del suo tessuto in giro ad essi. Stato sano di tutti gli altri organi.

Una cardatrice di materassi, in età di 29 anni, risentì sette giorni innanzi la sua venuta allo spedale, un mal essere generale, prostrazione di forze, poi un brivido che durò due ore circa e fu seguito da un forte calore che non iscemò più. Ne' due primi giorni nessun altro sintomo caratteristico della sofferenza particolare di un organo, o che paresse tale, non combinossi con questo stato generale. Il terzo giorno l'ammalata risentì dolore alla parte inferiore destra del torace. Il quarto e quinto giorno questo dolore continuò e si estese all'ipocondrio destro. Il sesto l'ammalata cominciò a divenir gialla; il settimo ci presentò lo stato seguente.

Color giallo delle congiuntive e della faccia, meno apparente su la pelle delle altre parti del corpo, do-

lori vaghi nelle membra, dolore stabile al livello delle ultime coste destre e sotto di esse, ipocondrio destro teso e doloroso mediante la pressione. Pare di riconoscervi un tumore, che si ha difficoltà a circoscrivere, nell'estensione di due a tre pollici sotto il lembo delle costole; la lingua è biancastra, senza rossezza, la sete nulla, e così pure l'appetito; l'epigastrio cedevole ed indolente; le dejezioni alvine rare, formate da materie ben legate insieme e giallastre; le orine poco abbondanti e color di arancio; il polso frequente e duro; la pelle ardente e secca. L'ammalata cangia difficilmente posizione; i suoi movimenti sono penosi; la sua intelligenza torbida. Duolsi di essere debolissima.

La tumefazione dolorosa dell'ipocondrio destro, l'itterizia e la febbre concomitante ci parvero annunziare l'esistenza di un'epatite acuta; niente provava vi fosse ad un tempo affezione alle vie digerenti (*Ventiquattro mignatte all'ano, tisana di orzo con miele, dieta*).

L'ottavo e nono giorno l'aria di stupore e la prostrazione già molto notabili al momento dell'ingresso nello spedale, erano cresciute d'assai. Gli occhi vedevansi appannati e senza espressione: la bocca tenevasi semi-aperta; le risposte erano lente, penose, sovente mancavano di giustezza: l'ammalata sporgeva la lingua e la dimenticava fra le labbra. Tutta la superficie cutanea era gialla gialla; il polso, sempre frequente, conservava della durezza; il dolore ed il gonfiamento dell'ipocondrio persistevano; alcun nuovo sintomo non esisteva dal lato delle vie digerenti (*Vescicanti alle gambe*).

Il decimo giorno, medesimo stato.

L'undecimo e dodicesimo osservaronsi tutti i sintomi di una febbre atassica. L'ammalata resta assopita,

e quando cercasi trarla dal suo stato comatoso, essa pronunzia balbettando poche parole senza connessione. Le due pupille sono dilatatissime ed immobili; non si è sicuro che la facoltà di vedere siasi conservata. Quando si pizzica la pelle delle membra, l'ammalata le ritira assai prestamente. La pelle è sempre calda e secca e affatto gialla; il polso frequentissimo, irregolare rispetto alla forma. La lingua, osservata in fondo alla bocca, parve secca senz' esser rossa (questa secchezza può dipendere dal restare la bocca costantemente semi-aperta) (*Quindici mignatte dietro ciascuna orecchia; nuovi vescicanti alle cosce; tisana di orzo*).

13. Medesimi sintomi, ed oltre a ciò, gonfiamento notabile dell' addomine; costipazione; scolo involontario dell' orina (*Lavativo con addizione di un mezzo grosso di solfato di china-china*).

14. Coma sempre più crescente; principio di rantolo tracheale; polso piccolo, sommamente irregolare e frequente. Morte nella notte dal quattordicesimo al quindicesimo giorno.

Sezione del cadavere.

Color giallo intensissimo di tutta la superficie cutanea; adipe molto; forme ben conservate. Palpando l'ipocondrio destro, circoscrivesi il margine tagliente del fegato a due traversi di dito sotto il lembo delle costole. L' addomine è molto teso.

Levate vie le pareti addominali, si trovò che il fegato oltrepassava di alcuni pollici il lembo delle coste; esso non estendevasi nell' ipocondrio sinistro; esternamente aveva un color rosso vivo, e sui tre punti della

superficie convessa, scorgevansi piccole macchie di color bianco giallastro. Facendo de' tagli sopra ciascuna di queste macchie si penetrò in un piccolo foco purulento che avrebbe potuto contenere una nocciuola. Nell' interno stesso del fegato erano sparse sette od otto altre collezioni purulenti, delle quali le più grandi avrebbono potuto ammettere una nocciuola, come le tre precedenti, e le più piccole non sembravano in certo modo formate che da una gocciolina di pus. Le pareti della cavità ove trovavasi il pus non erano coperte che da uno strato membraniforme sottile, non organizzato, che pareva esserne solo la parte più concreta. Il parenchima epatico aveva in ogni suo punto un color rosso vivo ed era manifestamente rammollito. Mediante l'incisione ne colava molto sangue. Nulla eravi di notabile sia nella vescichetta, sia ne' canali cistico, epatico e coledoco. L' orifizio duodenale di quest' ultimo trovavasi nel suo stato naturale.

La milza aveva un volume ordinario ed era molle.

L' intestino grasso e un numero grande di circonvoluzioni dell' intestino tenue erano distesi da molti gaz. Esaminato interiormente, dal cardia fino all' ano, il tubo digerente non presentò lesione alcuna di rilievo: in ogni sua parte la membrana mucosa era bianca, di grossezza e consistenza ordinarie, e i vasi poco numerosi che la superficie interna dell' intestino presentava, strisciavano nel tessuto cellulare sottoposto alla mucosa.

Gli altri organi addominali non avevano nulla di notevole.

Nel torace venne trovato il cuore pieno di coaguli fibrinosi e assai consistenti, in parte spogliati di materia colorante; i polmoni ingorgati, d' altronde sani,

come la trachea-arteria e la laringe. Trovaronsi alcune concrezioni pietrose nelle glandole bronchiche, circostanza assai rara in un individuo non ancora giunto all' età dei trent' anni.

Nel cranio eravi un' injezione assai viva del tessuto cellulare sotto aracnoideo; la sostanza corticale era rosea; la bianca era sparsa di pochi punti rossi. Appena eravi una cucchiaiata di sierosità limpida in ciascun ventricolo laterale. Tutte le parti dell' encefalo vennero isolatamente esaminate; non vi si trovò lesione alcuna, come pure nel midollo spinale e ne' suoi inviluppi.

Questo caso di ascesso del fegato è il solo che noi abbiamo avuto occasione di osservare senza complicazione di lesione di altri organi. L' epatite durò quindici giorni al più; essa conseguentemente procedette in modo acuto; il pus non era raccolto nel fegato in un solo e vasto foco: trovavansi però in quest' organo molti piccoli ascessi, alcuni alla sua superficie, altri nella sua profondità. Louis ha veduto una consimile disposizione, ma ne' casi da lui osservati eravi intorno al pus una falsa membrana, assai più sviluppata di quella da noi nel nostro caso trovata. Così in questo come in quelli da Louis esposti, il parenchima del fegato era rosso e rammollito, non solo intorno a ciascun ascesso, ma in tutta l' estensione dell' organo. Il pus, d' altronde, non aveva quel colore di feccia di vino che fu detto appartenere al pus del fegato. Esso era di un bianco verdastro e della consistenza della crema come il pus di buona natura somministrato dal tessuto cellulare infiammato.

Nel principio della malattia vi fu soltanto quello stato

generale che esiste ne' primi giorni della maggior parte delle affezioni acute; poscia i sintomi dell' epatite si manifestarono: quattro fenomeni principali ne annunziavano l' esistenza: il dolore al lato destro del torace, la tumefazione dell' ipocondrio, l' itterizia e la febbre; isolato dagli altri, nessuno di questi sintomi, l' itterizia stessa, sarebbe stato di poco valore; ma dalla loro riunione nasceva pel diagnostico una certezza assai grande. La natura delle dejezioni alvine e l'esame del cadavere concorrono d' altronde a dimostrare che la itterizia non era qui già dipendente da un ostacolo al corso della bile, e che questa giugneva liberamente nel duodeno. Il dolore precedette l' apparizione dell' itterizia.

Questi sintomi soli non avrebbero causato la morte in un così breve spazio di tempo; ma l' affezione del fegato reagì sopra il cervello, e l' irritazione affatto simpatica di questo produsse i più gravi accidenti; osservossi allora quell' insieme di sintomi che caratterizzarono la febbre detta atassica: la morte venne direttamente dal cervello.

L' autopsia del cadavere mostrò lo stato perfettamente sano del tubo digerente. Quindi in questo caso la febbre detta atassica ebbe unicamente il suo punto di partenza nel fegato; inoltre l' affezione di quest' ultimo fu indipendente da qualsivoglia malattia delle vie digerenti. Si potrebbe dir veramente che da principio siavi stata gastro-enterite, che da questa sia provenuto lo stato generale de' primi giorni e che, portandosi sul fegato, l' infiammazione abbia abbandonato l' intestino; in ultima analisi però questo non sarebbe che un' ipotesi.

Noi faremo osservare, terminando queste riflessioni, che il meteorismo notabile occorso in questo individuo

negli ultimi giorni della sua esistenza, fu indipendente da uno stato infiammatorio delle porzioni ove aveva la sua sede.

XXIII. OSSERVAZIONE.

Pleuro-pneumonia acuta. Suppurazione del fegato; itterizia. Mancanza d' infiammazione gastro-intestinale (*).

Un portatore di acqua, in età di cinquantott' anni, era giunto all' ottavo giorno di una pleuro-pneumonia, ben caratterizzata quando venne alla Carità: brividi da principio; poi febbre continua; dolore in tutta la parte laterale inferiore destra del torace; grande dispnea; suono fioco in tutta la estensione delle pareti toraciche, corrispondente presso a poco al lobo inferiore del polmone destro; sputi rugginosi, viscidi, aderenti al vaso. Inoltre, da quattro giorni color giallo delle congiuntive e di tutta la pelle. Questo malato era già stato salassato due volte quando noi lo vedemmo; lo fu di bel nuovo il giorno dopo, e trenta mignatte vennero applicate alla parte inferma.

Cionnondimeno i sintomi di pneumonia non si emendarono; in breve fu osservato che il lobo superiore del polmone destro infiammavasi alla sua volta; il suono si fece muto sotto la clavicola, un rantolo crepitante, poscia una respirazione bronchica ed una broncofonia vi si fecero udire. Gli sputi perdettero la loro viscosità e divennero simili ad acqua colorita di rosso brunastro,

(*) Noi interessiamo il lettore a confrontare questa osservazione con un' altra descritta più sopra in questo volume, nella quale sintomi di febbre detta *essenziale* coincidettero con un' affezione del fegato, senza che vi fosse ad un tempo gastro-enterite.

pari al sugo di prugne secche; la dispnea si fece sempre maggiore; l'itterizia era affatto pronunciata; del resto, la lingua presentò costantemente un aspetto naturale; non occorsero nè vomiti, nè nausee. Palpato in tutti i suoi punti, l'addomine era in ogni parte cedevole ed indolente; le escrezioni alvine ordinarie.

Il malato succumbette ai progressi sempre crescenti della dispnea, fra il 16.° e 17.° giorno; fu salassato ancora due volte, e molti vescicanti vennero necessariamente applicati al torace ed ai membri inferiori.

Sezione del cadavere.

Tutto il polmone destro era impermeabile all' aria; i lobi inferiore e medio erano infiltrati di pus (epatizzazione grigia); il lobo superiore era in epatizzazione rossa (*). False membrane molli, di formazione recente, univano inferiormente le pleure costale e polmonare del lato destro. Nel polmone sinistro eranvi molte infiammazioni lobulari verso il centro dell' organo.

Si cominciò la dissezione del fegato da quella delle vie escretorie della bile; i canali epatico, cistico e coledoco, come pure la vescichetta del fiele, furono trovati esenti da qualunque lesione di rilievo. Il fegato aveva il suo volume ordinario esteriormente, il suo colore non aveva niente d' insolito; ma verso il centro del lobo destro esistevano due cavità, una delle quali avrebbe ammesso una grossa noce, l' altra una nocciuola, riempiute di un pus avente un color giallo di bile senza odore, assai denso; una falsa membrana di

(*). Veggasi il tomo 1.° della *Clinica* per una descrizione più estesa di questi stati.

apparenza mucosa copriva le pareti di queste cavità; il parenchima, situato intorno ad ambi gli ascessi, era più rosso del parenchima del resto del fegato, ed aveva una friabilità assai maggiore.

La milza era assai piccola e di consistenza ordinaria. La superficie interna dello stomaco era bianca, eccetto verso il fondo cieco, ove delle vene serpeggiavano nel tessuto cellulare sotto-mucoso; la sua membrana vellutata aveva in ogni sua parte la grossezza e la consistenza del suo stato fisiologico. La superficie interna del duodeno era pur bianca, e nel resto del tubo digerente non vedevasi altro che un' injezione vascolare sotto-mucosa in certe parti assai pronunziata.

Una certa quantità di pus infiltrava il tessuto cellulare interposto fra la colonna vertebrale e la parete posteriore del faringe.

In questa osservazione l' epatite non è più semplice, come nel soggetto dell' osserv. 22.ª; la sua esistenza coincide con quella di una pleuro-pneumonia; quindi risulta maggiore oscurità nel suo diagnostico. Infatti, l' infiammazione del polmone esisteva a destra, e il dolore prodotto dalla flemmasia del fegato confondevasi naturalmente con quello dipendente dalla pleuro-pneumonia. Del resto, il fegato non era aumentato di volume, e l' ipocondrio destro, non era nè teso, nè gonfio, nè doloroso. Più adunque non restava che l' itterizia; ma molte osservazioni precedentemente citate ci hanno mostrato che questa itterizia può esistere in individui il cui fegato trovasi, dopo la morte, nelle condizioni del suo stato normale. È d'altronde impossibile assegnare l' epoca in cui l' epatite ebbe il suo comin-

ciamento, poichè essa poteva esistere prima che vi fosse itterizia. Così in questa come nell'osserv. 22.ª, noi non trovammo traccia di gastrite, di duodenite, o di enterite. Volendosi cercare all'epatite una causa, si può supporre che l'irritazione del polmone siasi propagata al fegato per contiguità di tessuto. Nel corso di quest'opera noi abbiamo già citato un caso di pleurisia diaframmatica che si congiunse pure coll'itterizia. Ma, in ogni caso, sarebbe mestieri ammettere una disposizione speciale dell'individuo; poichè, quante volte non osservansi tutte le varietà di pneumonie e di pleurisie, senza che sopraggiunga un'epatite.

L'infiammazione del fegato era qui più circoscritta che nell'osserv. 22.ª; essa d'altronde era annunziata da' medesimi caratteri anatomici: rossezza del tessuto del fegato, suo rammollimento, e presenza del pus. Una falsa membrana più organizzata di quella veduta nel soggetto dell'osservaz. 22.ª, copriva le pareti di ciascun ascesso.

XXIV. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato con rossezza e rammollimento del suo tessuto. Gastro-enterite e peritonite acute. — Itterizia. — Tumefazione dolorosa dell'ipocondrio destro.

Un berrettaio, in età di quarant'anni circa, ci raccontò nel modo seguente il principio ed il progresso della sua malattia. Nove giorni prima di venire allo spedale egli aveva avuto, senza causa nota, a quanto ei medesimo assicura, una forte indigestione; poscia erasi accorto che facevasi giallo: quindi, mal essere estremo, febbre continua, sete viva; dolore all'ipocondrio destro che

facevasi pur sentire alla parte laterale inferiore destra del torace; diarrea. Quando venne assoggettato alla nostra osservazione egli ci presentò lo stato seguente:

Colore giallo apparentissimo delle congiuntive e di tutta la pelle; abbattimento fisico e morale; tensione dolorosa dell' ipocondrio destro; vi si sente manifestamente un tumore per l' estensione di alcuni pollici sotto il margine cartilaginoso delle coste. La lingua ha un color rosso vivo alla sua punta ed alle sue estremità, ed è coperta, al suo centro, da uno strato punteggiato in rosso; la sete viva; l' appetito nullo; per determinarvi qualche dolore è mestieri premere fortemente su l' epigastrio; il restante del ventre, eccettuato l' ipocondrio destro, è cedevole ed indolente; le dejezioni alvine sono frequenti, simili ad acqua colorata di giallo e precedute da coliche: il polso è frequente e sviluppato; la pelle ardente e secca; il malato duolsi di risentirvi una prurigine incomodissima. L' orina è assai copiosa e di un color rosso arancio.

Questo malato venne riguardato come attaccato da un' infiammazione gastro-intestinale estesa al fegato (*Venti mignatte all' ano; fomentazioni emollienti all' ipocondrio destro; tisana di orzo con gomma; dieta*).

L' indimani, noi trovammo il moto febbrile meno intenso, le fattezze più naturali, le forze maggiori; era occorso un numero assai minore di dejezioni alvine; l' itterizia non era diminuita. — Nel corso della giornata vennero portati dall' esterno degli alimenti all' ammalato; egli bevette del vino inzuccherato. — Questo deviamento di regime fece sparire quel miglioramento che era manifestamente seguito all' uso della cura antiflogistica; la diarrea tornò più abbondante che mai; la lingua dissecò e fecesi screpolata; la prostrazione si

accrebbe; i dolori dal lato destro del torace e dell'ipocondrio divennero più vivi. Ogni qualvolta il malato orinava, risentiva un bruciore incomodissimo nel canale dell'uretra. Ne' quattro o cinque giorni seguenti l'infiammazione gastro-intestinale sembrò farsi sempre più intensa: lingua rossa e secca; labbra stillanti sangue e screpolate; tensione di ventre; evacuazioni alvine involontarie; polso frequentissimo, poco sviluppato; calor acre della pelle (*Due applicazioni di mignatte all' ano (quindici ciascuna volta) non produssero verun miglioramento*).

L'aumento progressivo della gravezza de' sintomi rendeva già il pronostico assai grave, quando tutto ad un tratto mostraronsi nuovi fenomeni morbosi. L'addomine fino allora indolente, eccettuato verso l'ipocondrio destro, divenne in tutta la sua estensione sede di dolori vivissimi che il più lieve contatto inaspriva: nausee e vomiti occorsero; al tempo stesso, alterazione subitanea e profonda de' lineamenti; frequenza estrema di polso fattosi piccolo e concentrato.

Inutilmente combattuti coll' *applicazione di trenta mignatte su l' addomine*, e *di vescicanti alle estremità inferiori*, questi nuovi sintomi persistettero tre giorni. Il malato indebolissi sempre più e succumbette dal 18.° al 20.° giorno, contando dall' indigestione colla quale la sua affezione sembrava avere avuto cominciamento. L'itterizia continuò intensissima fino alla morte.

Sezione del cadavere.

Color giallo di tutta la superficie del corpo.

Una sierosità torbida, nella quale nuotano molti fiocchi albuminosi, trovasi sparsa nel peritoneo. Molti di

questi fiocchi sono estesi in false membrane sopra varie porzioni della membrana sierosa.

Lo stomaco è piccolo e contratto; all'interno trovasi la sua curvatura grande occupata da una lunga fascia rossa estendentesi dal cardias ai dintorni del piloro. Dal lato della piccola curvatura e nel fondo cieco esistono larghe piastre rosse formate da vasi capillari mirabilmente injettati. Ovunque esiste questa rossezza, la membrana mucosa è rammollita; riesce impossibile levarla via a brani.

Il duodeno presenta la sua superficie interna bianca, senza modificazione apparente nella tessitura della sua membrana mucosa. Dicasi lo stesso del digiuno e dell'ileo fino nell' estensione di tre piedi circa sopra il cieco. In questo spazio esiste una viva injezione della membrana mucosa, e un poco sopra al cieco trovansi cinque in sei piccole ulcerazioni rotonde, ciascuna delle quali può ammettere una moneta da cinque soldi, isolate le une dalle altre. Osservasi inoltre una tumefazione evidente, ed una rossezza livida di tre o quattro piastre di Peyer. Le due facce della valvola ileo-ciecale sono rosse: dicasi il medesimo del cieco e del principio del colon. — Tutto l' intestino grasso contiene materie affatto liquide, colorate in giallo.

Il fegato, più voluminoso dell' ordinario, discende sotto le costole nell' ipocondrio destro. Esso è come coperto all' esterno da un inviluppo di concrezioni albuminose, molli, semi-liquide, contenute in pseudomembrane. Al disotto di esse presenta un color rosso intensissimo, ed il dito si affonda con facilità estrema, nel suo parenchima rammollito. A destra del legamento sospensore esiste una macchia bianca della larghezza di una moneta da dieci soldi, la quale dà sotto il dito

una sensazione di fluttuazione oscura. La punta dello scalpello, lievissimamente affondata su questa faccia, penetra in una piccola cavità piena di pus. Se ne trovano tre altre sparse nell' interno del lobo destro del fegato, e due nel lobo sinistro. Di questi cinque ascessi profondi, quattro sono di poco momento; appena potrebbono ammettere una nocciuola: il quinto, assai più vasto, potrebbe ricevere una mela appiuola. In quest' ultimo eranvi specie di briglie cellulose che ne attraversavano la cavità; come se questo ascesso, più assai rilevante degli altri, venisse formato dalla riunione di molti più piccoli. Duolci di non aver notato se una membrana copriva la superficie delle pareti di queste varie cavità.

La milza aveva un volume maggiore dell' ordinario; essa era pur notabile per l' estrema sua mollezza; assoggettata al lavamento ed alla pressione delle dita, liberavasi dalla materia color feccia di vino che riempiva queste cellule, e la si riduceva agevolmente al suo tessuto filamentoso.

Alcune granulazioni, grige e dure, esistevano sparse nel parenchima dei due polmoni; la sommità del destro era dura e nera. Una piastra bianca, larga come una moneta da cinque franchi, mostravasi sopra un punto della superficie esterna del cuore; essa pareva sviluppata fra la sostanza stessa del cuore e la lama sierosa che la ricopre.

Nel cranio trovammo una quantità assai rilevante di sierosità limpida sparsa nel tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi; eravene pure in copia ne' ventricoli. Nella grossezza di un plesso coroideo, trovossi un tubercolo giallastro, friabile, del volume di un piccolo pisello.

Questa osservazione si assimiglia alle precedenti, sotto l' aspetto de' sintomi locali che segnalarono l' esistenza di un' epatite acuta. Essa ne differisce per la complicazione di una gastro-enterite, la quale in questo caso parve il punto di partenza della flemmasia epatica. Il principio della malattia fu effettivamente una indigestione. Questa gastro-enterite produsse nuovi sintomi da noi ne' casi precedenti non osservati, ne' quali siffatta complicazione non esisteva. Ciò che, d'altronde, non dimenticheremo di notare si è, che le tracce d'infiammazione furono trovate nel solo stomaco, alla fine dell' intestino tenue ed al principio dell' intestino grasso, mentre nel duodeno non verificossi alterazione alcuna; d' altra parte, nulla prova che siavi stata duodenite durante la vita; ecco adunque un caso in cui l' infiammazione del fegato fu bensì congiunta con una flemmasia del tubo digerente, ma non con una flemmasia del duodeno in particolare. Un risultamento consimile è già stato da Louis ottenuto. Qui pure, come in molti casi precedenti, e come ha pur verificato il dotto osservatore da noi ora citato, vi fu itterizia, quantunque la bile arrivasse di certo, durante la vita, nel duodeno.

Non insisteremo su l' ultima infiammazione che sopraggiunse e cagionò la morte, avendo noi parlato assai estesamente della peritonite in un altro capitolo di questo volume.

XXV. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato con rossezza e rammollimento del suo tessuto. Tumore doloroso all' ipocondrio destro, sopraggiunto nel corso di una gastro-enterite cronica. Vestigio d' itterizia.

Un uomo la cui professione era di trasportare terra, ec., in età di trentanov' anni, aveva da tre anni circa tutti i sintomi di una gastro-enterite cronica. Da principio, alterazioni frequenti di appetito che perdesi di tempo in tempo; quindi anoressia completa che non cessa mai; pesantezza epigastrica, e alcuna volta vero dolore sotto l' appendice xifoidea e verso l' ipocondrio sinistro, in seguito all' introduzione di qualunque sorta di alimenti nello stomaco; rutti frequenti; vomiti di tempo in tempo; alternative di costipazione e di diarrea. Le dejezioni alvine, ordinariamente sierose, sono state alcuna volta sanguinolenti. Il malato perdette a poco a poco le carni e le forze, e, da alcuni mesi soltanto è sopraggiunta una piccola tosse. Era già in uno stato di magrezza e di declinazione molto inoltrato, quando venne allo spedale. Allora l' addomine era cedevole ed indolente in tutti i suoi punti (*Acqua di risi con gomma; decozione bianca di Sydenham; lavativo di amido con aggiunta di un certo numero di gocce di laudano di Rousseau; un bicchiere di decozione di cachou*). Ne' primi quindici giorni passati allo spedale il malato non presentò nulla di nuovo: la tenacità della sua tosse ci indusse a farne l' ascoltazione; noi trovammo in ogni parte lo strepito naturale di espansione polmonare notabile soltanto per la sua grande intensità; la percussione faceva udire dovunque un suono chiaro.

Il polso era abitualmente un poco frequente, senza che la temperatura della pelle fosse elevata. I mezzi praticati contro la diarrea non essendo riusciti, si fece uso de' tonici astringenti (*Vennero prescritte*, *la decozione di simaruba*, *e le pillole composte di estratto di ratania e di sangue di drago*). Ma pochi giorni dopo l'amministrazione di questi nuovi medicamenti l' addomine, fino allora indolente, divenne doloroso; un vero moto febbrile si manifestò; le evacuazioni alvine si tinsero di sangue. Si tornò all' uso dell' *acqua di gomma*, *della tisana di risi*, *della decozione bianca di Sydenham*. Le evacuazioni alvine non tardarono guari a farsi nuovamente sierose, la pelle perdette il suo colore, e i dolori addominali sparirono. Ma poco tempo dopo manifestaronsi altri accidenti; in seguito ad un brivido assai violento, un dolore più notevole per la sua estensione che per la sua acutezza, si fece sentire alla parte inferiore destra del torace, e ad un tempo stabilissi una febbre continua, con accrescimento fortissimo ciascuna sera. Si credette da principio che questo dolore e la febbre che l'accompagnava appartenessero ad una pleurisia; e per combattere questa vennero applicate *venticinque mignatte* al lato doloroso; poi fu ricoperto con *un vescicante assai largo*. Questo dolore e questa febbre duravano già da otto giorni, senza che la tosse abituale fosse aumentata e vi fosse dispnea, quando il malato mosse lamento su l' estensione del suo dolore nell'ipocondrio destro. Noi palpammo questo ipocondrio, e lo trovammo effettivamente doloroso al tatto, e inoltre teso e gonfio. Allora domandammo a noi stessi se non vi fosse epatite, e se da questa infiammazione della pleura o del polmone non dipendesse, anzichè da una flemmasia, il dolore toracico, la febbre e l' ansietà grande del ma-

lato. Cionnondimeno non eravi neppure la più lieve apparenza d'itterizia. D'altra parte, niente annunziava un inasprimento attuale dell'affezione cronica delle vie digerenti: la lingua era notabile solo pel suo pallore; le dejezioni alvine conservavano lo stesso carattere (*Vennero applicate delle mignatte all' ipocondrio*). Esse non lo fecero nè più cedevole, nè meno doloroso. Nel corso de'seguenti nove giorni un vero tumore mostrossi nell' ipocondrio, ed occupava alcuni traversi di dito sotto le costole. Il malato indebolivasi rapidamente, la diarrea divenne copiosissima, e la morte in breve sopraggiunse.

Incisione del cadavere.

Palpando l'ipocondrio destro sul cadavere credemmo riconoscere, là dove esisteva il tumore, una fluttuazione oscura; vi fu introdotto un bistorino, prima che le pareti addominali fossero levate via, e ne spicciò del pus in gran copia. Ci convincemmo in breve che il tumore apparteneva al fegato sviluppato, discendente tre buoni traversi di dito sotto le costole; il bistorino era penetrato in una cavità esistente nel suo tessuto, abbastanza grande da ammettere un arancio, e riempiuta di un pus cremoso di buona indole. Questa cavità era evidentemente scavata nell'interno stesso del fegato, poichè da ciascuna parte le sue pareti erano formate dal tessuto di quest' organo; esse erano coperte da uno strato biancastro, membraniforme, e che non pareva organizzato. Davanti, in tutta la estensione della porzione del fegato occupata dal tumore, quest' organo trovavasi unito alle pareti addominali con aderenze peritoneali molli, non ancora organizzate in tessuto

cellulare, e che sembravano recentemente formate. Nel resto dell'addomine non trovavasi traccia alcuna di peritonite. La collezione purulenta ora descritta, era la sola che esistesse nel fegato; ma in ogni sua parte il tessuto di quest' organo era rosso e di una mollezza notabile; il più lieve traimento lo lacerava; la più piccola pressione lo riduceva in poltiglia.

I canali biliari e la vescichetta furono trovati esenti da qualunque alterazione sensibile.

Lo stato della milza non fu osservato.

La membrana mucosa dello stomaco era veramente liquefatta, trasformata in una polpa rossastra in tutto il fondo cieco. Nella porzione pilorica, questa stessa membrana mucosa aveva un color grigio di ardesia, era grossa, ineguale alla sua superficie, bitorzolata, giusta l' espressione di Louis.

Il duodeno era sano; così pure le parti superiori dell' intestino tenue. Nella parte inferiore dell' ileo e nel cieco vennero trovate numerose ulcerazioni di forma irregolare, il cui fondo era formato dal tessuto cellulare ingrossato, ed i lembi dalla mucosa, bianca in alcune, rossa, livida, bruna o nera nelle altre.

Nel lobo superiore di ciascun polmone trovossi un certo numero di tubercoli ancora nello stato di crudezza, fra i quali il parenchima polmonare era stato conservato sano.

Qui pure l' esistenza dell'epatite coincide con quella di una gastro-enterite; ma questa è cronica, e sol dopo aver essa continuato molti anni il fegato sembra incominci ad irritarsi. Forse i medicamenti stimolanti coi quali cercossi combattere la diarrea, ebbero qualche influenza su lo sviluppamento dell' affezione del fegato.

È però sempre vero che poco dopo l'amministrazione della decozione simaruba, delle pillole d'estratto di ratania e di sangue di drago, manifestossi un dolore alla regione del fegato, e l'ipocondrio destro si gonfiò. Tali furono i soli segni co' quali l'epatite si annunziò: mai non vi fu itterizia; le orine stesse non si colorarono, talchè innanzi l'apparizione del tumore dell'ipocondrio, il dolore del lato destro del torace, accompagnato da moto febbrile interno, avrebbe potuto ascriversi ad una infiammazione intercorrente della pleura; è da notarsi tuttavia che non eravi dispnea; ma questa non esiste già in ogni pleurisia. E perchè mai non vi fu itterizia in questo caso, mentre venne osservata nei casi precedenti in cui esistevano le medesime lesioni? Ecco ciò che sembraci impossibile a determinarsi.

Anche in questa osservazione noi troviamo il fegato rosso e rammollito nel tempo medesimo ch'esso è forato da una cavità piena di pus. Questa cavità era situata affatto superficialmente; un'infiammazione adesiva erasi sviluppata fra il punto della superficie esterna del fegato, sotto cui esisteva, e le pareti addominali; in simil caso queste ultime avrebbero pur potuto infiammarsi, e in virtù della tendenza del pus, come di qualunque corpo estraneo, a portarsi all'esterno, esso avrebbe potuto aprirsi una strada traverso le pareti addominali.

Questa situazione superficiale dell'ascesso produsse, là dove esisteva, una fluttuazione oscura che venne riconosciuta soltanto sul cadavere, e che verificata durante la vita avrebbe potuto condurre al diagnostico su la presenza di un ascesso nel fegato. Cionnondimeno sarebbe ancora restato a discutersi se questa fluttuazione fosse risultamento di un ascesso formato nel

parenchima epatico, oppure, se essa non fosse da attribuirsi o ad un sacco d'idatidi sviluppate nel fegato, nel qual caso il tumore non sarebbesi formato con tanta rapidità; o ad una vescichetta del fiele riempiuta oltre misura da un liquido qualunque, nel qual caso però sarebbesi riconosciuta la sua forma e si avrebbe potuto circoscriverla; sia finalmente ad un ascesso encistico del peritoneo.

Noi fermeremo ancora l'attenzione del lettore: 1.° sui disordini trovati nel tubo digerente di un individuo il quale già da tre anni presentava i segni di una gastro-enterite cronica; 2.° su lo stato sano del duodeno, malgrado la grave affezione, onde il fegato era attaccato; 3.° su la mancanza totale de' dolori addominali, malgrado l'esistenza di numerose ulcerazioni in molti punti dell'intestino (questo, d'altronde, è il caso più comune, quando le ulcerazioni siansi fatte cronicamente, ed anche quando succedono ad un' infiammazione acuta); 4.° sui cattivi effetti prodotti dai tonici astringenti che accesero la febbre, svegliarono i dolori addominali, produssero evacuazioni alvine sanguinolente; 5.° su la differenza ben distinta che esisteva, sotto l'aspetto della natura delle lesioni, fra la porzione splenica dello stomaco e la sua porzione pilorica; 6.° sui tubercoli sviluppati nel polmone, la cui esistenza era impossibile a verificare. È sotto questo aspetto un caso simile a quelli onde abbiamo prodotto in quest' Opera degli esempj, e ne' quali, giusta un andamento inverso di quello che il più delle volte si osserva, la tisichezza polmonare sviluppasi solo consecutivamente a ciò che potrebbesi chiamare tisichezza intestinale. Notisi d'altronde che, malgrado la lunga continuazione dell' infiammazione intestinale, non eranvi tubercoli

sviluppati, nè nelle tuniche dell'intestino, nè nei gangli mesenterici corrispondenti; cionnondimeno eravi qui disposizione alla formazione di questi tubercoli, poichè i polmoni ne contenevano.

XXVI. OSSERVAZIONE.

Numerosi ascessi nel fegato, con rossezza e rammollimento del parenchima soltanto in giro ad essi. Mancanza d'itterizia, di dolore e di tumore. Infiammazione acuta del polmone sinistro e dello stomaco.

Una donna di mezza età, godeva buona salute, quando venne presa da dolore puntorio sotto la mammella sinistra; in breve apparvero tutti i segni caratteristici di una pleuro-pneumonia acuta; noi la vedemmo cinque giorni dopo l'invasione del suddetto dolore: allora la respirazione era sommamente difficile; la figura esprimeva la più viva ansietà; le guance erano fortemente injettate, senza che vi fosse intorno alla rossezza a piastre de' pomelli la più lieve apparenza d'itterizia. Gli sputi erano rugginosi, viscidi, riuniti in una massa trasparente che aderiva fortemente al vaso e staccavasene sol quando veniva rovesciato. Questa donna prestavasi con tanta difficoltà all'esame che venne sola in modo imperfettissimo percossa ed ascoltata (il che poco monta, rispetto a ciò onde attualmente ci occupiamo, poichè questa osservazione non viene prodotta sotto il rapporto della pneumonia). La febbre era intensa, e con segni di complicazione gastrica, come lingua rossa, liscia, un poco secca, sete viva, alcuni vomiti dal principio della malattia, dolore all'epigastrio mediante una pressione assai leggiere. Il resto dell'addo-

mine, e in particolare l'ipocondrio destro, era cedevole ed indolente. Dal lato del torace non eravi mai stato dolore alcuno.

Ne' sei giorni seguenti *cavate di sangue abbondanti*, *vescicanti alle estremità inferiori*, *semplici bevande emollienti*. La malattia non cessò però di aggravarsi tutti i giorni; la dispnea si fece sempre maggiore, gli sputi perdettero la loro viscosità, e presero l'aspetto di succo di prugne secche; la lingua si fece secca e screpolata; l'ammalata succumbette verso il tredicesimo giorno, contando dall' invasione del dolore puntorio. Fino all' ultimo momento non si ravvisò traccia alcuna d'itterizia, e la regione del fegato non divenne sede di verun dolore.

Autopsia del cadavere.

Cranio. Tessuto cellulare sotto aracnoideo infiltrato da tale quantità di sierosità che teneva l'aracnoide sollevata di più linee; questa sierosità era perfettamente trasparente; anche ne' ventricoli se ne trova in abbondanza. Nulla di notabile nella sostanza stessa dell' encefalo.

Torace. Il lobo inferiore del polmone sinistro presenta una mistura di epatizzazione rossa e grigia. Molli aderenze uniscono fra di esse le pleure polmonare e costale di questo lato. Un poco di pus è infiltrato nelle lamine del mediastino anteriore dietro lo sterno.

Addomine. Il fegato ha il suo volume ordinario; veduto esteriormente sembra sano. Molti tagli fatti nel suo interno portano pure su le prime a riguardarlo per tale; ma un nuovo taglio scopre un foco purulento occupante solo uno spazio capace di contenere un fagiuo-

lo, attorniato nell'estensione di alcune linee da un tessuto rosso e rammollito. Continuando le nostre ricerche scoprimmo sparsi nell'interno del fegato altri nove ascessi de' quali uno soltanto avrebbe ammesso od un fagiuolo, o una nocciuola, od un pisello. Il pus che questi ascessi contenevano aveva un colore bianco verdastro, simile al pus flemmonoso. Una falsa membrana molle, non organizzata simile a pus solidificato, copriva le loro pareti. In giro a ciascuno di essi, per l'estensione di due a tre pollici, il parenchima epatico era rammollito, ed aveva un colore rosso molto più intenso che negli altri punti situati più lungi dagli ascessi. — Nulla di rilievo fu trovato ne' canali biliari, e neppure nella vescichetta del fiele.

La membrana mucosa dello stomaco era punteggiata da un rosso vivo lungo la piccola curvatura e nel fondo cieco. In questa medesima estensione essa era rammollita, nè potevasi levarla via in brani. Nel resto del tubo digerente non trovossi che ad intervalli una lieve injezione vascolare.

In luogo di un' ovaia trovossi solo una tasca sierosa, di tal volume da ammettere una mela appiola. Un corpo fibroso grosso come una noce esisteva nell' interno dell' utero, fra il tessuto proprio di quest' organo, un po' depresso sotto di esso, ed il peritoneo.

Noi non troviamo qui segno alcuno che valga a farci almeno presumere l' esistenza di un' affezione qualunque del fegato: non avvi la più lieve traccia d' itterizia; non vi si vede nè tumore nell'ipocondrio destro, nè dolore in alcun punto della regione epatica. Le alterazioni nel fegato trovate, simili per loro natura a quelle descritte nelle precedenti osservazioni, ne diffe-

renziano per la loro natura e disposizione. Gli ascessi sono piccoli, ma spessissimi, e solo in vicinanza di ciascuno di essi trovansi nel tessuto del fegato segni di processo infiammatorio (rossezza e rammollimento). Eranvi quindi in questo soggetto dieci flemmasie parziali sparse nel fegato, ma che, riunite col pensiere, costituivano una infiammazione assai notabile per la sua estensione. Puossi nondimeno ammettere ragionevolmente che la mancanza d' itterizia dipendesse dall' essere una porzione del parenchima epatico rimasto sano.

Nulla indica se in questo caso l' affezione del fegato fu acuta o cronica; se essa esistè lungo tempo innanzi la doppia flemmasia del polmone e dello stomaco, o se sopraggiunse nel tempo stesso. Nella prima ipotesi bisognerebbe ammettere, che molti punti del parenchima epatico abbiano potuto essere attaccati da flemmasia, e divenir sede di fochi di suppurazione, senza che la salute ne fosse in modo veruno alterata; ciò non è verisimile, quantunque non impossibile. D'altra parte, l' aspetto della membrana che copriva le pareti di ciascun ascesso non pareva indicare l' antichità di questi. Noi quindi saremmo indotti a credere che l' epatite sia nata in una alla gastrite ed alla pleuro-pneumonia; se ciò è il caso qui descritto somministrerebbe un esempio d' infiammazione del fegato terminata per suppurazione, dal dodicesimo al tredicesimo giorno dopo il suo cominciamento; ma, noi lo ripetiamo, sonovi nel nostro caso alcuni dubbj legittimi da serbarsi sull' epoca di essa.

XXVII. OSSERVAZIONE. (*)

Flemmasie parziali del fegato con ascesso al centro di una di esse. Induramento rosso delle parti infiammate. Vestigio di segno caratteristico dell' affezione del fegato. Scirro dello stomaco.

Un uomo in età di 41 anno, risentiva da lungo tempo varj sintomi di un' affezione cronica dello stomaco; egli aveva frequenti vomiti. Molte volte occorsero delle ematemesi; sentivasi un tumore durissimo, doloroso, e che aveva una certa mobilità, fra l'appendice xifoide e l' ombellico. Giammai (ed ecco su di che insistiamo) eravi stata nè itterizia, nè dolore, sia all' ipocondrio, sia al lato destro del torace.

Sezione del cadavere.

Il fegato voluminoso oltrepassava due traversi di dito il lembo delle costole; esso estendevasi fino all' ipocondrio sinistro. Il suo tessuto era sparso di un gran numero di piccole masse rosse e dure che sembravano il prodotto di altrettante flemmasie parziali. Le più voluminose di queste masse rappresentavano lo spazio che avrebbe potuto occupare una mela appiuola: le mezzane, ed erano le più numerose, avrebbersi potuto pareggiare ad una noce, e le più piccole ad una nocciuola. Bianche, in luogo di esser rosse, queste masse infiammate avrebbero rassomigliato a certi tuber-

(*) Questa osservazione che noi qui citiamo soltanto sotto l' aspetto della lesione cui il fegato era andato soggetto, è stata raccolta in città su la persona di N. N., agente di Cambio. Il malato è stato curato dal sig. Double e da mio padre.

coli scirrosi del fegato. Esse avevano con questi un'altra specie di analogia, vale a dire che in ragione della minore durezza del tessuto sano che le attorniava, questo laceravasi quando esercitavasi sopra di esse un lieve traimento, mentre esse medesime serbavansi intatte. Ne veniva quindi che isolavansi agevolmente ed in massa dal tessuto che le attorniava, nel quale sarebbonsi dette non più che incastrate; ciò era però solo apparenza. Al centro di uno di questi fochi d'infiammazione noi trovammo un ascesso del volume di una nocciuola; il pus aveva un bianco giallastro assai grosso; la cavità che lo conteneva non era coperta che da uno strato albuminoso inorganico. Non eravi altra traccia di suppurazione nel restante del fegato.

Nulla di notabile nelle vie di escrezione della bile. Quella che era contenuta nella vescichetta presentava il suo aspetto ordinario.

Le pareti dello stomaco erano assai grosse nella sua porzione pilorica: ne risultava un tumore voluminoso che sporgeva all'interno del ventricolo e ne obliterava quasi compiutamente la cavità. Solo con gran difficoltà l'estremità del dito poteva passare l'orifizio del piloro. Questo tumore era formato da un tessuto color di madre-perla, scricchiolante sotto lo scalpello, avente in alcuni punti la durezza della cartilagine. Esso era soprattutto sviluppato nel tessuto cellulare sottoposto alla mucosa, e nella grossezza della tunica carnosa. La stessa mucosa era, sotto il tumore, intatta, ma a sinistra di questo, lungo la gran curvatura, la membrana mucosa presentava un'ulcerazione larga come uno scudo di tre lire. Intorno a questa ulcerazione, la membrana era rossa e molle; il fondo dell'ulcerazione

era formato dalla tunica muscolare in singolar modo rammollita, talchè un lieve traimento bastava a lacerarla.

Questa osservazione, al pari della precedente, ci presenta un esempio di flemmasie parziali del fegato, terminate per suppurazione. Qui però le parti rosse, lungi dall'essere rammollite, hanno pel contrario, maggior durezza che il restante del tessuto del fegato. Dunque, in questo caso, i soli caratteri anatomici ne danno la certezza che queste infiammazioni parziali fossero croniche; poichè l'induramento di un tessuto non è mai risultamento di una flemmasia acuta. D'altronde così in questa osservazione come nella vigesimaquinta noi non troviamo segno alcuno pel cui mezzo l'affezione del fegato potesse, durante la vita, essere riconosciuta.

Penseremo noi che, se questo individuo avesse vissuto più lungo tempo, le masse rossastre sparse nel suo fegato, sarebbersi fatte scirrose, encefaloidi, tubercolose, ecc.? Questa è tal questione che può per lo meno essere proposta, che certo non è immeritevole di esame, e che verrà forse chiarita da fatti che produrremo più sotto.

XXVIII. OSSERVAZIONE.

Colpo su la regione epatica. Vasti ascessi del fegato. Stato sano del parenchima intorno alla collezione purulenta. Tumore e dolore nell' ipocondrio destro. Traccia d' itterizia.

Una cucitrice in età di 18 anni ricevette, due anni prima che venisse allo spedale, un colpo violento al-

l'ipocondrio destro. Da quest' epoca in poi la sua salute cessò di esser buona; ella dimagrò e risentì abitualmente un dolore sordo là dove il colpo era stato dato. Essa assicura di non aver mai avuto itterizia. Solo tre settimane prima della sua ammissione alla Carità, questa giovine si accorse dell' esistenza di un tumore all' ipocondrio destro.

Quando essa venne assoggettata alla nostra osservazione era pallida e scarna; le sue fattezze profilate esprimevano la sofferenza; il decubito sul dorso, un poco inclinato a sinistra, era il solo possibile. Essa accusava un dolore abituale al lato destro dell' addomine; riconoscevasi, col tatto, che l' ipocondrio destro ed una parte dell' epigastrio erano occupati da un tumore voluminoso, presentante una superficie uguale, e, per la sua situazione, la sua forma e le sue relazioni, sembrava non essere altro che il fegato stesso aumentato di volume. La pressione aumentava il dolore onde questo tumore era abitualmente la sede. Non eravi nè itterizia, nè traccia d' idropisia. Il polso era un po' frequente, senza che la pelle fosse calda; la lingua un poco rossa; l' appetito presso a poco nullo, le dejezioni alvine ordinarie.

Questa donna fu riguardata come attaccata da un'epatite cronica, sopraggiunta in conseguenza del violento colpo esterno cui, due anni prima, l' ipocondrio destro era stato soggetto. Le sanguisughe, applicate per ben due volte a questa parte, parvero diminuirne un poco la sensibilità.

Contavansi solo pochi giorni dacchè l' ammalata era entrata nelle sale di Lerminier, quando la sua faccia gonfiossi, si fece rossa e divenne sede di una risipola che tutta la invase, e si estese al fronte ed alla cute cappel-

luta. Fino dal suo principio questa risipola venne accompagnata da una forte cefalalgia con febbre intensa; poi sopravvenne delirio; la lingua si fece secca; l'ammalata cadde in uno stato di prostrazione sempre maggiore, nè tardò guari a soccombere, quando la risipola era ancora in tutta la sua intensità.

Sezione del cadavere.

Magrezza notabile delle membra e del tronco; color naturale della pelle; tumefazione e rossezza della faccia conservate, infiltrazione sieroso-purulenta nel tessuto cellulare sotto-cutaneo della faccia e del cranio.

Injezione viva della pia-madre che ricopre la convessità degli emisferi cerebrali; color roseo della sostanza corticale delle circonvoluzioni; numerosi punti rossi nella sostanza bianca; poca sierosità ne' ventricoli ed alla base del cranio; rossezza notabile delle membrane del cervelletto.

Nulla di rilevante negli organi toracichi.

Il fegato oltrepassava molti traversi di dito il lembo delle coste: il suo gran lobo presentava all'esterno una fluttuazione evidente; esso era trasformato quasi totalmente in due vaste tasche, le quali non comunicavano fra di esse, ed erano riempiute da un pus giallastro, denso ed avente un odore nauseoso. Le pareti di queste due cavità erano coperte da una membrana grossa molte linee, formata da una specie di tessuto reticolato e affatto consistente. Immediatamente intorno a questi ascessi, e nel restante dell' organo, il parenchima del fegato non aveva alterazione veruna di rilievo. Era adunque mestieri che, nel lobo destro del

fegato, una parte di questo parenchima fosse stata riassorbita.

La milza aveva piccol volume e densità grande.

Lo stomaco presentava, nel suo fondo cieco, della rossezza e del rammollimento.

In questa osservazione noi possiamo assegnare con precisione l' epoca del principio della malattia; essa succedette alla violenza esterna che agì su l' ipocondrio. L'epatite ebbe un andamento essenzialmente cronico; il fegato si disorganizzò a poco a poco, ed il suo lobo destro trasformossi quasi totalmente in due vasti ascessi. Noterassi la solidità, la grossezza, la tessitura quasi fibrosa della membrana che copriva le pareti di ciascun ascesso. Ne' casi precedenti, pel contrario, ne' quali l' epatite era acuta, queste stesse pareti erano coperte soltanto da una specie di pus concreto. L' itterizia non esistette giammai in questo individuo; ma dall' epoca della violenza esterna fino alla morte, l'ipocondrio destro fu sede di un dolore poco vivo, ma costante, ed un tumore vi si sviluppò a poco a poco.

Lo stato dello stomaco, annunziato durante la vita colla rossezza e colla secchezza della lingua, quello dell'encefalo, coincidente col delirio e con una risipola della faccia e della cute capelluta, sono altrettante circostanze di questa osservazione non senza interesse. Sembraci importante di ben ponderare tutta l' esattezza di un'osservazione che venne già fatta dal giudizioso Louis, e che noi abbiamo incessantemente occasione di verificare, cioè: che nella maggior parte delle affezioni croniche il momento della morte viene accelerato da qualche flemmasia intercorrente.

XXIX. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato con iscoloramento e rammollimento generale del suo tessuto. Antico dolore al lato destro del torace. Nefrite cronica. Entero-colite acuta negli ultimi tempi.

Una donna, di cinquant' anni circa, evacuava da tre anni orine purulenti; essa risentiva un dolore abituale alla regione renale destra, inoltre da circa la stessa epoca ella andava soggetta ad un altro dolore, ben distinto dal precedente, al livello delle ultime coste destre; questo dolore, ordinariamente poco vivo, inasprivasi ad intervalli e facevasi lancinante. Questa donna erasi dimagrata a poco a poco, e quando noi la vedemmo, trovavasi già in un grado inoltrato di marasmo. Ella non aveva mai avuto itterizia. La faccia era pallida, le guance erano incavate; gli occhi infossati nelle orbite; un' ulcerazione assai profonda esisteva in una delle cornee trasparenti. Le membra erano secche e magre. Da molti mesi la debolezza grande che risentiva costringevala a stare a letto. Tutto il fianco destro era doloroso al tatto; esso era manifestamente teso e più saliente dell'altro, ma non vi si poteva tuttavia circoscrivere tumore alcuno: nella parte posteriore di questo fianco esisteva una specie d'ingorgamento assai rilevante del tessuto cellulare sotto-cutaneo. Di tempo in tempo l'ammalata risentiva un dolore vivissimo che continuava ordinariamente solo pochi minuti, e pareva seguire il tragitto dell' uretere. L' orina, assai copiosa, presentava un sedimento biancastro che pareva formato da pus. Al livello delle ultime coste destre, così per davanti come lateralmente e di dietro, l' ammalata accusava un al-

tro dolore non accompagnato nè da tosse, nè da dispnea. L' ipocondrio destro era cedevole ed indolente, così pure il resto dell' addomine: la lingua pallida, senza patina; la sete nulla; l' appetito poco; le evacuazioni alvine rare, consistenti e ordinariamente colorate in bruno. Eravi nel corso della giornata un poco di frequenza di polso, senza aumento nella temperatura della pelle; ma ciascuna sera accendevasi un vero moto febbrile; esso cominciava alcuna volta con un poco di brivido, e non terminava mai con sudore.

Questa donna fu riguardata come attaccata da un' infiammazione cronica al rene destro. Circa al dolore che essa risentiva al livello delle ultime coste destre, noi fummo indotti a pensare che esso provenisse da una flemmasia ugualmente cronica d' una porzione di membrana sierosa, sia del peritoneo peri-epatico, sia della pleura.

L' antichità della malattia, la febbre tisica e il decadimento dell' individuo rendevano il pronostico assai grave; la guarigione pareva impossibile; potevasi tutt'al più esperimentare una cura palliativa (*Tisana di orzo; alcune cucchiaiate di vino di enula campana, cataplasmi narcotici intorno al fianco destro, senapismi di tempo in tempo alle estremità inferiori, nutrizione leggera*).

Così come ci aspettavamo, lo stato dell'ammalata, lungi dal migliorare, aggravavasi sempre più: il marasmo faceva ogni giorno nuovi progressi; la debolezza era estrema. In questo stato di cose la diarrea sopraggiunse (evacuazioni alvine simili ad acqua colorata di giallo, nel numero di otto a dieci in 24 ore, non accompagnate da dolori addominali). La morte avvenne dieci giorni dopo l' apparizione di questa diarrea. Fino all' ultimo momento la lingua restò pallida ed umida;

le facoltà intellettuali si mantennero intatte; nessun impedimento nella respirazione; nessun rantolo.

Sezione del cadavere.

Ultimo grado di marasmo. Nessuna traccia d'idropisia.

Addomine. Il rene destro era notabile pel suo volume, più grande circa un terzo del suo volume normale. Esso non era più formato, in certo modo, che da un'ampia borsa, piena di pus, divisa in molti spartimenti, e che comunicava liberamente colla cavità della pelvi; l'interno di questa era similmente pieno di pus; la sua superficie era rossa, e così anche quella dell'uretra. Trovossi pure nel fondo della vescica una rossezza sotto forma di piccole macchie, in numero di cinque a sei, fra le quali la membrana mucosa era bianca. Un liquido sieroso-purulento vedevasi infiltrato nel tessuto cellulare inter-muscolare e sotto-cutaneo della parete posteriore del fianco destro. Il peritoneo non era sede di alcuna effusione.

Il fegato era voluminoso come d'ordinario; ma il suo tessuto aveva in ogni sua parte un color grigio pallido, e vedevasi talmente rammollito che premendolo leggermente coll'estremità del dito, questo vi si affondava e riducevalo in una polpa grigia; pochissimo sangue ne colava per via d'incisione. Verso il centro del lobo destro esisteva una cavità che avrebbe potuto ammettere un piccol uovo di gallina, ed era piena di un pus biancastro, senza odore, simile al pus di buona natura de' flemmoni. Le pareti di questa cavità erano coperte da una falsa membrana assai grossa, formata da un insieme di fibre incrocicchiate fra di esse in più sensi, liscia

alla sua superficie in contatto col pus, e che attenevasi al parenchima del fegato per mezzo di numerosi filamenti la cui natura era difficile a determinare. Immediatamente in giro a questo ascesso il fegato non era più rosso che nelle altre parti.

Le vie escretorie della bile, propriamente dette, parvero esenti da qualunque lesione. L' aspetto della bile contenuta nella vescichetta non fu osservato.

La milza aveva il suo volume e la sua consistenza ordinarie.

Lo stomaco era pallido; la sua mucosa un poco molle verso il fondo cieco. Nulla di notabile nel duodeno, la cui superficie interna era pallida come quella dello stomaco, e così pure nel digiuno e nella parte inferiore dell' ileo. Ma per l' estensione di due piedi sotto il cieco, in quest' ultimo intestino ed in una gran parte del colon osservavasi una viva rossezza arborizzata della membrana mucosa, con rammollimento, in alcuni punti, del suo tessuto.

Il cervello era pallido, e così pure le sue membrane.

Le pleure presentarono traccia d' infiammazione sol verso la sommità del polmone sinistro; ivi esisteva in giro al polmone una membrana di consistenza cartilaginosa; al disotto di essa trovavasi il parenchima polmonare duro e nero.

Nella malattia la cui storia abbiamo ora esposta, sembra che l'affezione del fegato abbia avuto una parte affatto secondaria. Non v' ha dubbio che questa affezione contribuì al peggioramento del soggetto; ma, durante la vita, la nefrite sola diede segni caratteristici della sua esistenza; il dolore che si faceva sentire verso la re-

gione epatica poteva effettivamente riguardare molte parti, ed esso solo non poteva rivelare una malattia del fegato.

L' alterazione cui quest' organo era stato soggetto differisce sotto certi aspetti da quella che abbiamo trovata nelle osservazioni precedenti. Qui pure avvi formazione di pus; intorno all' ascesso e nel resto del parenchima epatico avvi pur qui rammollimento apparentissimo del tessuto del fegato; ma quest' organo, lungi dall' essere più rosso, è pel contrario molto più pallido, molto meno riempiuto di sangue che nel suo stato normale. In altre osservazioni noi abbiamo già verificato l' esistenza di tale rammollimento del fegato con notabile scolorazione del suo tessuto. Allora abbiamo esitato a dire se fosse una lesione infiammatoria. Qui la coesistenza di un ascesso con un simile stato del fegato sembra provare la natura flemmasica di questo stato, quantunque, secondo noi, essa non la dimostra ancora in senso rigoroso. Due affezioni di natura differente non possono forse esistere simultaneamente in un organo? Non è da credere che in giro ad un ascesso debbasi necessariamente trovare infiammazione; abbiamo veduto più di un caso in cui l'organo ove esisteva un ascesso non presentava altra traccia di lesione che questo ascesso medesimo.

Nessun dubbio d' altronde che in quest' individuo l' affezione del fegato non abbia avuto un andamento affatto cronico. L' antichità del colore basterebbe solo ad attestarlo; ma se ne ha un' altra prova nella tessitura della falsa membrana che copriva le pareti dell' ascesso.

Anche in questo caso un' infiammazione acuta terminò i giorni del malato. La diarrea susseguita ad un'a-

bituale costipazione fu il solo segno dell' entero-colite acuta, la cui esistenza venne dimostrata dall'autopsia del cadavere. Questa diarrea sierosa, sopraggiunta senza dolore in un individuo già consunto da lunga malattia, sarebbe stata ascritta anche pochi anni fa fra i flussi detti colliquativi, e riguardata come indipendente da qualunque processo infiammatorio; questo però era affatto reale. Certo le infiammazioni che in simil caso sopraggiungono, non sono punto dipendenti da uno stato pletorico; ma bisogna ammettere come fatto che, per quanto sia piccola la quantità del sangue che resta nell' economia, per quanto esauste possano sembrare le forze degli ammalati, non avvi perciò minor richiamo, agevolissimo e frequentissimo, di questo resto di sangue e di forze verso i differenti punti irritati, e specialmente verso la membrana mucosa gastro-intestinale. Sembra che per questo solo motivo, di essere stato cioè rotto l'equilibrio dello stato sano dall'affezione cronica primitiva, siavi tendenza incessante ad un' ineguale ripartizione della vita e del sangue ne' varj organi.

XXX. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato con cangrena del parenchima intorno ad esso. Gastrite e bronchite cronica. Mancanza di ogni segno caratteristico dell' affezione del fegato.

Un uomo in età di 70 anni che lavorava ai porti, godette di buona salute fino all' età di 69 anni. Allora cominciò a perdere l'appetito; in breve poi fu costretto a vomitare i pochi alimenti che prendeva; aveva rutti agri; sentiva all' epigastrio un incomodo peso; ma

nessun dolore. Le forze e le carni dileguavano a poco a poco.

Quando il malato venne allo spedale la sua faccia presentava un color giallo-paglierino sensibilissimo; egli era già in uno stato molto inoltrato di marasmo. Il polso era frequente, la pelle abitualmente calda; non aveva mai sudore. Lingua biancastra senza rossezza, costipazione. Tosse frequente con espettorazione puriforme; rantolo mucoso in varj punti del petto.

Assoggettato ad una cura puramente raddolcitiva e ad una dieta lattea, quest' individuo cessò di vomitare poco dopo il suo ingresso nello spedale; i rutti si fecero assai rari; l' epigastrio era indolente; non vi si sentiva tumore alcuno. La febbre era cessata.

Passarono così venti giorni; il malato sentivasi meglio rispetto all' affezione gastrica, quando tutt' ad un tratto il polso riprese un poco di frequenza, una prostrazione sempre maggiore manifestossi, la lingua si fece bruna, e la morte sopraggiunse in pochi dì in mezzo ad uno stato adinamico.

Sezione del cadavere.

Le pareti dello stomaco, per l' estensione di cinque a sei traversi di dito, al di qua del piloro, erano notabilmente aumentate in grossezza. In questo spazio la membrana mucosa era ulcerata, e in luogo delle tuniche sottoposte, più non trovavasi che un tessuto omogeneo di un bianco sparuto, scricchiolante sotto lo scalpello. Nel resto dello stomaco la membrana mucosa era bianca, ma affatto molle.

Aderenze cellulose univano il fegato allo stomaco.

Il fegato aveva il suo volume ordinario; il lobo sini-

stro presentava al tatto una fluttuazione oscura; esso conteneva nel suo interno una cavità che avrebbe potuto ammettere una mela appiuola, ed era piena di pus; una membrana grossa e resistente ne copriva le pareti. La porzione del parenchima che attorniava questa cavità era trasformata, per l' estensione di alcuni pollici, in una cartilagine nerastra, onde esalava un odor fetente e cangrenoso. Un poco più lungi il tessuto del fegato era rosso e rammollito; nelle altre parti sano.

I polmoni non presentavano altra alterazione che antiche aderenze cellulose delle pleure ed una rossezza livida de' bronchi, la cui membrana mucosa pareva generalmente ingrossata.

L'affezione del fegato non venne in questo soggetto rivelata da segno alcuno; lo stesso dolore che esisteva in quello della 29.ª oss. qui mancò per intiero. La grossezza della membrana che copriva le pareti dell' ascesso dimostra la sua cronicità.

Questa è l' unica volta che abbiamo veduto la cangrena del fegato; essa aveva avuto origine in giro all' ascesso, verisimilmente in porzioni del parenchima già investite da flemmasia cronica. A questo modo vedesi talvolta la cangrena impadronirsi delle porzioni infiammate di parenchima polmonare che attorniano le escavazioni tubercolose. Lo stato adinamico in cui l' ammalato soccombette manifestossi, giusta tutte le apparenze, quando sopraggiunse questa cangrena.

Negli ammalati delle osservazioni precedenti non abbiamo verificato l' esistenza della tosse, eravi pel contrario in questo; ma l' autopsia del cadavere dimostrò pure l' esistenza di un' infiammazione cronica

de' bronchi. Non devesi quindi da ciò conchiudere che la tosse detta epatica, indicata dagli autori come tale che accompagna frequentemente le affezioni del fegato e come semplice risultamento dell' irritazione simpatica del polmone, sia per lo meno assai più rara che non fu detto, e che, oltre a ciò, quando nel corso di una malattia di fegato manifestasi tosse, questa annunzj quasi sempre una vera complicazione di flemmasia bronchica?

XXXI. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato aperto nello stomaco. Sintomi di gastrite cronica. Da principio itterizia.

Poche note ci restano su l' individuo soggetto della presente osservazione; sappiamo però che quando venne allo spedale, aveva già da lungo tempo anoressia e dolore all' epigastrio, non mai era stato soggetto a' vomiti; aveva frequenti accessi di febbre, ed era già in uno stato assai inoltrato di marasmo. La pelle era soltanto pallida; ma due anni prima, sul principio della malattia, egli aveva avuto un' itterizia che era continuata quattro mesi circa.

La sezione del cadavere ci presentò le seguenti lesioni:

1.° Nel cranio, l'ossificazione di una gran parte della falce della dura madre (l' individuo aveva appena 40 anni).

2.° Nel torace, alcuni tubercoli sparsi nel parenchima; il resto sano.

3.° Nell'addomine intime aderenze del fegato e dello stomaco. All' interno, questo presentava, verso la sua

faccia posteriore, una soluzione di continuità che interessava tutte le sue tuniche, ed era larga come una moneta di due franchi; uno stiletto introdotto attraverso di essa penetrò direttamente in una cavità esistente nel fegato, abbastanza vasta da ammettere un' arancio e riempiuta da un vero pus. Le pareti di questa cavità erano coperte da una membrana grossa, la cui tessitura sembrava fibro-mucosa. In giro a questo ascesso e nel resto della sua estensione il parenchima epatico pareva nelle condizioni di tessitura del suo stato normale. Dicasi il medesimo delle vie escretorie della bile.

La perforazione dello stomaco sembra, in questo caso, essersi operata dal di fuori al di dentro; l'infiammazione da principio si è propagata dal fegato verso il peritoneo situato fra esso e lo stomaco, ed ha determinato la formazione di aderenze fra questi due organi; più tardi le tuniche dello stomaco si sono alla loro volta infiammate in un punto circoscritto della loro estensione, e vi fu distruzione successiva e simultanea delle membrane peritoneale, cellulosa, muscolare e mucosa. Questo caso adunque differisce da altri più comuni ne' quali un'ulcerazione formantesi nello stomaco dal di dentro al di fuori, finisce a distruggere in profondità tutte le tuniche dello stomaco nel punto in cui essa ha avuto origine; e allora le pareti del ventricolo, intieramente distrutte in questo punto, sono supplite sia dal fegato, sia dal pancreas, ecc.

Che che ne sia, la cavità purulenta, formatasi nel fegato, doveva naturalmente vuotarsi in parte nello stomaco; sarebbesi trovato del pus nelle evacuazioni alvi-

ne? Notiamo che l'apertura di comunicazione fra l'interno dello stomaco e l'ascesso epatico era ancora poco rilevante, e che erasi forse formata da poco tempo. La natura delle dejezioni alvine solo avrebbe potuto chiarirci su questo punto. In tal caso le pareti dell'ascesso non avrebbero potuto avvicinarsi a poco a poco, a misura che lo stomaco si fosse vuotato? Se ciò avveniva si concepisce che la guarigione della malattia del fegato non sarebbe stata impossibile. Casi di questo genere sono stati registrati nelle Memorie dell'antica Accademia di Chirurgia.

Non si dimenticherà di osservare che nel caso ora esposto nessuna alterazione rilevante del fegato esisteva oltre la parte occupata dall' ascesso; non si esita tuttavia a riguardar questo qual prodotto di un processo infiammatorio. Ma, supposta una materia dura del tessuto encefaloide, per esempio, esistente per tal modo in mezzo al fegato senz' alterazione di tessitura dell' organo intorno ad essa, quest' ultima circostanza non potrà più essere un motivo da rifiutare l' esistenza di un' infiammazione là dove la produzione accidentale ha avuto origine. È d' altronde verisimile che ad una certa epoca il fegato sarebbesi trovato più o meno alterato intorno all' ascesso; ma esso era tornato allo stato suo normale, a misura che una membrana organizzatasi intorno al pus, lo aveva sempre più compiutamente separato dal parenchima epatico, in mezzo al quale si stava come corpo straniero.

In questo stato di cose l' esistenza di un ascesso nel fegato può essere concepita, senza che ne risulti turbazione alcuna nè nella tessitura, nè nelle funzioni di quest'organo. Ecco ciò che accade indubitatamente all' encefalo: l' osservazione ha dimostrato l' esistenza di

ascessi encistici nel cervello d' individui, i quali, più o men lungo tempo prima, avevano avuto tutti i segni di una encefalite acuta. I sintomi di questa erano spariti, e la malattia aveva potuto essere riguardata come compiutamente guarita; questa guarigione non pertanto era in certo modo sol provvisoria, fino a che un nuovo processo infiammatorio venisse a manifestarsi intorno all' ascesso. Puossi qui pur concepire come un corpo straniero abbia potuto dimorare lungo tempo nel cervello senza manifestare la sua presenza con alcun accidente, poi rivelare tutt' ad un tratto la sua esistenza con varj segni di encefalite o di emorragia cerebrale.

Nell' individuo la cui osservazione fa luogo a tali riflessioni, non eravi neppure verun segno caratterisco di affezione cronica del fegato. Ma risalendo all' esame di altre epoche della sua malattia, troverassi che, quando cominciò a non goder più del suo stato di salute abituale, egli ebbe un' itterizia che durò assai lungo tempo. D' altronde l' infiammazione del fegato e la suppurazione con che essa terminò, non furono annunziate da verun dolore. Ciò è ancor meno sorprendente in questo caso in cui la malattia ebbe un andamento essenzialmente cronico, che in altri casi ben verificati ne' quali esso fu acuto. Se è vero che il dolore mostrasi nella maggior parte delle flemmasie acute, è mestieri pur riconoscere che in nessuna esso è condizione necessaria della loro esistenza. E non vi hanno forse pleurisie e peritoniti indolenti?

XXXII. OSSERVAZIONE.

Ascesso del fegato aperto nel peritoneo. Aumento di volume del fegato. Itterizia. Dolore alla spalla destra. Da principio gastrite cronica.

Un sarto in età di 51 anno, che aveva avuto più volte malattie veneree state combattute col mercurio dato internamente ed in frizioni, cominciò all' età di 49 anni, in conseguenza di un' ultima cura antisifilitica, nella quale bevette molta decozione di salsa pariglia ed il liquore di Van-Swieten, a risentire dolori passeggieri all' epigastrio. Questi dolori, sia pel loro ritorno subitaneo e per la loro rapida cessazione, sia per la loro natura e intensità, rassomigliavano molto a ciò che volgarmente indicasi col nome di *granchio allo stomaco*. Ne' loro intervalli l' appetito era conservato e la salute mostravasi ottima. Cionnondimeno l'appetito a poco a poco si perdette e le forze diminuirono; a questi dolori gastrici e passeggieri, ma vivissimi, subentrò un dolor sordo o piuttosto una sensazione abituale di pesantezza e d' imbarazzo all' epigastrio; l' appetito si fece irregolare, poi si perdette intieramente. Tali furono i sintomi succedutisi nel giro di 18 mesi; il malato non cessò tuttavia di darsi alle sue occupazioni. Dopo questo tempo le congiuntive e la pelle cominciarono a presentare un color giallo, il quale si fece sempre più sensibile, senza che dolore alcuno si fosse manifestato alla regione del fegato. Però, qualche tempo dopo l' apparizione dell' itterizia, un dolore incomodo e continuo dichiarossi verso la spalla destra: esso non cessò in seguito di farsi più o meno sentire.

Quando noi vedemmo il malato, tutta la superficie cutanea aveva un color giallò apparentissimo. Il dolore della spalla destra esisteva. Nell' ipocondrio destro sentivasi il fegato che oltrepassava per tre traversi di dito il margine delle coste : lo si premeva senza che apparisse doloroso. L'affezione dello stomaco era caratterizzata da un disgusto compiuto per qualsivoglia alimento, da una pesantezza abituale all' epigastrio; da vomiti ad intervalli, da una sensazione di calore ardente che manifestavasi di tempo in tempo nel tragitto dell' esofago, sembrando partire dal cardias. La lingua era abitualmente coperta di una patina biancastra, senza rossezza alle sue estremità; le dejezioni alvine erano rare. Eravi ogni sera un moto febbrile molto sensibile.

Un giorno, dolori vivissimi si fecero sentire all' ipocondrio destro, e il dì seguente essi esistevano per tutta l' estensione dell' addomine. Al tempo stesso vomiti, tensione di ventre che non si può premere in alcuno de' suoi punti senza inasprire i dolori; il decubito sul dorso è il solo possibile. Il polso si fa miserabile e irregolare; la pelle si raffredda, e la morte sopravviene tre giorni dopo l' invasione di questi dolori.

Sezione del cadavere.

Effusione siero-purulenta nel peritoneo; fegato più voluminoso dell' ordinario ed in uno stato d' ipertrofia. Sollevandolo si scorge, un poco a destra della vescichetta e nella faccia inferiore del suo lobo destro, un' apertura esistente nel suo parenchima, traverso la quale il dito indicatore può essere agevolmente introdotto; quest' apertura conduce ad una cavità piena di pus, le cui pareti sono formate dal parenchima del fegato; in-

feriormente questo parenchima forma soltanto uno strato sottilissimo, o quasi una lama di poche linee che separa la cavità del pus, esistente nel fegato, dalla cavità peritoneale. Questa lama sottile del tessuto epatico è rotta in uno de' suoi punti, ed ha permesso al pus fermatosi nel fegato di spandersi nel peritoneo, donde è risultata la produzione di una flemmasia acuta di questa membrana.

Le vie di escrezione della bile furono trovate nel loro stato sano.

La membrana mucosa gastrica non poteva levarsi via in brani in alcun punto del fondo cieco: in questa medesima estensione, essa presentava due o tre macchie rosse, ciascuna delle quali aveva la grandezza di una moneta da due franchi. In alcune parti il suo rammollimento era tale, che più rassomigliava a muco liquido depositato sul tessuto cellulare sottoposto. Nella porzione pilorica la membrana mucosa dello stomaco vedevasi, pel contrario, ingrossata e in uno stato d'ipertrofia, e il suo colore era brunastro: questo medesimo colore trovavasi pure nelle due prime porzioni del duodeno.

La milza aveva il volume e la consistenza ordinarie.

Lo stomaco, in questo soggetto fu il primo organo che parve ammalato. È impossibile affermare a qual' epoca l' affezione del fegato cominciasse; è verisimile che la flemmasia dello stomaco si estendesse a poco a poco all'apparecchio biliare: non si ebbe sentore dell'esistenza di un' affezione qualunque di questo, che dall' apparizione di un' itterizia, la quale in luogo di avere una durata sol passeggiera, come nel soggetto dell'oss. 31.ª, continuò fino alla morte. Salvo nondimeno un poco di

aumento nel volume del fegato, che in questo caso esisteva e non già nell' oss. 31.ª, lo stato di quest'organo era il medesimo in ambi i casi. In ambidue l' ascesso era situato molto più presso alla faccia concava che alla faccia convessa dell' organo. Nell' osservaz. 31.ª soltanto esso occupava il lobo sinistro, e nella 32.ª il destro.

Questa osservazione è la prima in cui troviamo, fra i fenomeni morbosi manifestatisi nel corso di una malattia del fegato, il dolore alla spalla destra; esso non è stato trovato da Louis in nessuno de' cinque casi di ascesso del fegato da lui descritti. È d' uopo per lo meno concluderne, che questo dolore osservasi nelle varie affezioni del fegato molto meno frequentemente di quello sia stato scritto.

Le varie osservazioni relative agli ascessi del fegato da noi descritte, ci hanno presentato le principali varietà che questi ascessi possono presentare: 1.° nella loro anatomia patologica; 2.° nelle loro cause; 3.° nelle loro complicazioni; 4.° nel loro andamento; 5.° ne' loro sintomi; 6.° ne' loro modi di terminazione. Abbiamo parlato altrove di quelle collezioni purulenti che trovansi alcuna volta nel parenchima epatico, e sembrano esservi state depositate anzi che esservisi formate: noi non ne faremo perciò qui parola. E neppure ci occuperemo degli ascessi del fegato che sopraggiungono in seguito alle piaghe della testa, non perchè non ne abbiamo veduto un gran numero di esempj nel servizio chirurgico della Carità, ma perchè vogliamo registrare in quest' opera sol ciò che abbiamo osservato nelle sale di Lerminier.

Citiamo ora molti casi in cui, in luogo di pus, si è

formato nel parenchima epatico un' altra specie di produzione accidentale, le cui due principali varietà sono state indicate co' nomi di scirro e di tessuto encefaloide. Avendo già fatto conoscere la nostra opinione su l' origine e la natura di queste produzioni, e proponendoci di ritornarvi con maggiori particolarità in un' altra opera, noi qui non ci allontaneremo dal linguaggio generalmente ricevuto; conserveremo temporariamente delle espressioni che non ci sembrano nè giuste nè sufficienti, ma consacrate dall' uso, e supponendo nota la disposizione anatomica del cancro del fegato, ci occuperemo specialmente nelle osservazioni che ora verranno esposte, di farne palesi i sintomi e l' andamento. Queste osservazioni dimostreranno quanto siano variabili i segni che annunziano le affezioni cancerose del fegato. Quindi, sotto l' aspetto de' sintomi, avvi un numero grande di gradazioni da stabilire fra quelle di queste affezioni in cui trovasi ad un tempo tumore nell'ipocondrio destro, dolore in questa parte medesima, itterizia, ascite, anassarca, e quelle in cui più non osservasi alcuno di questi fenomeni morbosi, e ne' quali l' autopsia del cadavere svela soltanto l' affezione del fegato. Rispetto all' andamento, avvi tale affezione fra queste che rassomiglia veramente ad una malattia acuta, che sviluppasi e termina colla morte in uno spazio di tempo brevissimo; ed avvene tal' altra la quale persiste un gran numero di anni, senza produrre lungamente sintomi assai gravi. Vedremo d' altronde che, al pari delle altre malattie del fegato onde già abbiamo parlato, il cancro del fegato è il più delle volte, durante la vita, accompagnato da sintomi di affezione gastro-intestinale, e che dopo la morte trovansi frequentemente, non

però sempre, nel tubo digerente, e segnatamente nello stomaco, tracce d'infiammazione cronica.

Cominceremo a citare un caso di cancro del fegato notabile pe' suoi rapidi progressi.

XXXIII. OSSERVAZIONE.

Tumore canceroso del fegato e dell' epiploon gastro-epatico, terminato colla morte tre settimane dopo l' apparizione de' suoi primi sintomi. — Stato sano del tubo digerente.

Un mercante provinciale, in età di forse quarantacinqu' anni, era stato più volte attaccato da febbri intermittenti; cionnondimeno egli godeva, dall' età di quarant' anni in poi, di perfetta salute. Nel corso del mese di aprile 1820, egli risentì alcuni lievi dolori immediatamente sotto il lembo cartilaginoso delle false coste destre; verso la fine di questo mese manifestossi un' itterizia; allora venne allo spedale. Quando noi lo vedemmo, non aveva febbre; l' appetito era buonissimo; le funzioni digerenti parevano intatte; solo le evacuazioni alvine erano scolorate; l' orina aveva un color rosso di arancio; l' ipocondrio destro era cedevole ed indolente (*Siero con acetato di potassa; calomelano e sapone in pillole*).

2 maggio. I dolori all' ipocondrio destro riapparirono; i giorni seguenti persistettero; la febbre si accese, l' ipocondrio divenne teso, come se fosse stato occupato dal fegato gonfiato (*Mignatte all' ipocondrio*).

9 maggio. Cominciammo a sentire immediatamente sotto il margine delle coste, alla destra dell' epigastrio, un tumore globuloso, immobile, dolorosissimo quando lo si premeva anche leggermente (*Cataplasmi narcotici*).

Dai 9 alli 15 questo tumore acquistò grande sviluppo; divenne sensibile all' occhio, e a lato di esso non tardarono a manifestarsi molti altri piccoli tumori bitorzolati, ineguali e dolorosi.

Dai 15 ai 20 questi tumori si estesero dietro le cartilagini delle coste, e le sollevarono fortemente; al tempo stesso il malato cominciò a vomitare le sue bevande, tre o quattro ore dopo averle prese; la febbre era continua con vivissimo inasprimento alla sera, durante il quale i dolori dell' ipocondrio facevansi laceranti; il malato declinava con ispaventevole rapidità, ai 20, era giunto all' ultimo grado di marasmo e di debolezza; morì ai 21.

Sezione del cadavere.

Il fegato, voluminoso, oltrepassava il lembo delle coste per quattro traversi di dito. Dalla sua faccia convessa sporgevano molti tumori formati da una mistura di produzioni accidentali, ordinariamente indicati col nome di tessuti scirroso, encefaloide e tubercoloso. Questi tumori prolungavansi assai profondamente nell' interno del viscere. Fra essi il tessuto del fegato non pareva alterato.

Tumori della medesima natura attorniavano e comprimevano i canali epatico e coledoco, e così pure l' estremità pilorica dello stomaco.

Nel tubo digerente non trovossi lesione alcuna sensibile.

È possibile che i tumori del fegato e dell' epiploon gastro-epatico ora descritti, esistessero già in questo individuo da molti anni, e che la loro origine primitiva

fosse legata alle ripetute febbri intermittenti cui era stato soggetto. L'esistenza di simili tumori ancora piccoli, poco numerosi, ed allo stato di crudezza, non è infatti compatibile con uno stato sufficientemente buono di salute. Ma ciò cui soprattutto noi vogliamo qui dar risalto, si è l'estrema rapidità del loro aumento, e gli accidenti prontamente mortali cagionati da questo subito incremento. Il moto febbrile fu in questo caso simile a quello che accompagna l'infiammazione acuta del tubo digerente; l'intensità del dolore trovossi in rapporto diretto coll'acutezza dello sviluppo del cancro. Noterassi pure con quanta celerità il malato giunse al punto estremo di marasmo. Quanto, in sì subitanea e profonda alterazione della nutrizione, non devono modificarsi il sangue ed il sistema nervoso! Quindi ne provenne giusta tutte le apparenze, l'estinzione della vita.

Si può paragonare questa osservazione con quelle citate in uno de' precedenti volumi, relative a casi di sviluppamento acuto di tubercoli nel parenchima polmonare.

Non dimenticheremo di notare, in questa circostanza, lo stato sanissimo del tessuto del fegato in giro alle masse cancerose. Non è egli però in tal caso che si avrebbe dovuto trovarvi tracce d'infiammazione? Noi assoggettiamo il presente fatto alle meditazioni di coloro che ascrivono a questa la causa di ogni produzione accidentale.

L'itterizia esistita per tutto il tempo che il malato fu allo spedale, potrebb'essere legata coll'alterazione del parenchima epatico; ma, oltre a ciò, noi qui troviamo per ispiegarla, una causa affatto meccanica di ostruzione ne' tumori, di cui la sezione del cadavere dimostrò

l'esistenza intorno ai canali epatico e coledoco; di più, in questo caso, la natura delle evacuazioni alvine annunziò, innanzi la morte del malato, che la bile non giugneva più nel duodeno.

I vomiti sopraggiunti negli ultimi tempi non furono prodotti da uno stato morboso delle vie digerenti; lo stomaco, il duodeno, ed il restante del tubo digerente si trovarono esenti da ogni specie di alterazione. Questi vomiti non erano eglino cagionati dalla compressione esercitata sul piloro dai tumori che l'attorniavano. Questo fatto, d'altronde, prova che si può aver febbre e morire senza che siavi flemmasia gastro-intestinale.

XXXIV. OSSERVAZIONE.

Tumori cancerosi nel fegato, e inoltre nello stomaco, ne' gangli linfatici pre-rachidiani, e intorno all'utero. Tumore e dolore all'ipocondrio destro; itterizia; ascite.

Una lavandaia, in età di cinquantatrè anni, era malata da sette mesi, quando venne allo spedale. Ella aveva avuto da principio tutti i sintomi di un reumatismo acuto; dolore alla regione lombare; gonfiamento doloroso di molte articolazioni; febbre. Entrò allora nello spedale maggiore, ove fu salassata più volte. Quando ne uscì (tre settimane circa dopo esservi entrata) era libera da' dolori articolari e da quelli della regione lombare. Ma in breve nuovi accidenti sopraggiunsero; ella cominciò a risentire un dolor sordo al livello delle ultime coste destre; al tempo stesso le funzioni digerenti, fino allora buone, si alterarono: la bocca era sempre secca e sovente amara; molti rutti agri seguivano l'introduzione degli alimenti nello sto-

maco; questi ultimi erano di tempo in tempo vomitati; del resto all' epigastrio non facevasi sentire dolore alcuno. Questi diversi sintomi apparvero e continuarono pel corso de' sei mesi che precedettero la venuta dell' ammalata nello spedale della Carità. Quando la vedemmo presentavaci lo stato seguente:

Magrezza rilevante; congiuntive gialle, e così pure tutto l' inviluppo cutaneo. Questa itterizia non esisteva che da sei settimane. L' addomine era sede di una fluttuazione evidente; l' ammalata diceva che il suo ventre aveva cominciato a farsi grosso presso a poco alla stessa epoca in cui era divenuta gialla; le membra non erano mai state infiltrate. L' ipocondrio destro e la parte destra dell' epigastrio venivano occupati da un tumore la cui forma potevasi mal valutare, e i limiti circoscrivere, in ragione del liquido sparso nel peritoneo, e di cui una certa quantità era interposta fra il tumore e le pareti addominali. Questo tumore d' altronde era ben distinto; la malata vi risentiva, ad intervalli soltanto, dolori assai vivi, che però non sopraggiugnevano con grande intensità. In tutto l'ipocondrio destro la pressione era dolorosa; nel resto, l' addomine era indolente. La lingua, rugosa, era coperta da una patina giallastra e grossa. Una completa anoressia esisteva da cinque mesi. La bocca era abitualmente secca, senza che vi fosse gran sete; l' introduzione degli alimenti ed anche delle bevande nello stomaco era seguita da una sensazione di pesantezza all' epigastrio. Questa sensazione trasformavasi in quella di un calor ardente, quando la malata beveva una sola cucchiaiata di vino. Da lungo tempo non erano occorsi più vomiti; ma sovente rigettava, quasi per rigurgitazione, una certa copia di mucosità da lei chiamate bava. Eravi abitualmente una forte co-

stipazione. L' orina era di un rosso acajù, poco abbondante, e ardente nel passaggio. Il polso non aveva frequenza, ed era notabile per l'estrema sua piccolezza; la pelle secca e senza calore; ma ogni sera, da due in tre mesi, l' ammalata sentivasi ardente (*Bevande ammollienti*, *dieta lattea*).

Quest' inferma morì sei giorni dopo il suo ingresso allo spedale. In questo breve spazio di tempo tutte le bevande da essa prese furono rigettate per vomito; frequenti lipotimie occorsero; le due cosce infiltraronsi un poco; l' orina presentò un deposito rosso copiosissimo. Il polso cessò a poco a poco di farsi sentire. In seguito a un ultimo sforzo per vomitare, sopraggiunse una sincope che trasformossi in morte effettiva.

Sezione del cadavere.

Il fegato oltrepassava il lembo delle coste molti traversi di dita. Era bernocoluto, sparso di macchie bianche, irregolari; al centro di molte di esse esisteva un affondamento. Queste macchie corrispondevano ad altrettante masse cancerose esistenti in gran numero nel suo interno. Tre sostanze di aspetto differente le costituivano, una di un bianco giallastro e friabile; l'altra grigia; la terza aveva un color bianco pallido, ed era percorsa da numerose linee rossastre.

Intorno a questi prodotti morbosi, per l' estensione di alcune linee, il tessuto del fegato era più molle, più friabile e più rosso che in qualsivoglia altra parte.

I canali biliari, alla loro uscita del fegato, erano attorniati da grosse masse cancerose che potevano contribuire ad obliterarne la cavità.

Stomaco. Non lungi dal piloro, che era libero, la

membrana mucosa è sollevata da un tumore irregolarmente tondeggiante, del volume di una grossa castagna, formato da un tessuto di un bianco pallido; al disotto di esso la membrana muscolare è sana. La porzione di mucosa che la copre le aderisce intimamente; essa è manifestamente ingrossata e di un color grigio di ardesia. Un liquido simile a fuliggine riempie lo stomaco.

Davanti alla colonna vertebrale esistono altre masse cancerose, molte delle quali sollevano l'aorta.

Cinque o sei piccoli tumori, ciascuno de' quali aveva il volume di una nocciuola, formati da un tessuto bianco sparuto e senz' apparenza di fibre, esistono fra il tessuto proprio del corpo dell' utero ed il peritoneo che lo ricopre.

Anche lo sviluppo e i progressi di questo cancro del fegato sono stati assai rapidi; l' ammalata soccombette sei mesi soltanto dopo l' apparizione de' primi sintomi che indicarono in essa l' esistenza di un' affezione qualunque del fegato e dello stomaco. Sarebbe difficile il dire quale di queste due affezioni abbia preceduto l'altra; sembra che abbiano avuto cominciamento presso a poco a un tempo stesso. La malattia del fegato in questa osservazione è caratterizzata più che mai; avvi dolore e tumore dell' ipocondrio destro, itterizia ed ascite. Il dolore fu uno de' primi sintomi che si mostrarono: esso non fu mai così vivo come nel soggetto dell' osserv. 33.ª; non fu però lancinante, come dicesi che siano tutti i dolori delle affezioni cancerose. Circa all' itterizia, noi la vediamo qui pure a coincidere coll' esistenza de' tumori che, sviluppati intorno ai canali biliari, potrebbero comprimerli od irritarli.

Non obblierassi notare in quest' individuo, che ovun-

que la nutrizione erasi allontanata dal suo tipo normale, eravi stato sviluppo di prodotti accidentali della medesima natura. Così, nulla più rassomigliava alla materia trovata nel fegato, di quella che era depositata nello spessore delle pareti dello stomaco, intorno al corpo dell' utero, e davanti alla colonna vertebrale; ciò è notabile soprattutto intorno all' utero, ove il più delle volte nascono tumori fibrosi.

XXXV. OSSERVAZIONE.

Cancro del fegato e della milza. Tumore doloroso nell' ipocondrio destro. Itterizia. Vestigio di ascite. Rammollimento della membrana mucosa gastrica. Colore d'ardesia del duodeno.

Un carpentiere, in età di sessantacinque anni e che confessava di aver fatto abuso di liquori alcoolici, venne allo spedale li 6 gennaio 1820. Quindici mesi prima aveva cominciato a perdere l' appetito; poi l' ingestione degli alimenti nello stomaco era divenuta dolorosa, le forze e le carni erano gradatamente diminuite. Allora egli prese molti elisiri stomatici che non lo guarirono. Quattro mesi circa dopo che le sue digestioni ebbero cominciato ad alterarsi, egli risentì per la prima volta dolore alla regione epatica, e le sue orine divennero gialle. Poco intensi da principio e non riproducendosi che ad intervalli, i dolori dell' ipocondrio destro non tardarono gran fatto a divenire più vivi, continui e lancinanti. Più tardi ancora il color giallo non limitossi alle orine; esso invase le congiuntive, poi tutta la pelle: cionnondimeno l' alterazione delle funzioni digerenti non era aumentata. Ad un' epoca ancor più vicina a

quella in cui il malato venne alla Carità, l'ipocondrio sinistro si fece ugualmente doloroso.

Quando il vedemmo, questo individuo soffriva molto, senza poter assegnare una sede precisa a' suoi dolori; diceva soltanto che esistevano in tutta la parte superiore del ventre. Cionnondimeno lo si faceva nascere con maggior forza mediante anche una lieve pressione sui differenti punti dell'ipocondrio destro. Il tatto, convenientemente esercitato, vi faceva riconoscere l'esistenza di un corpo solido che sembrava nascere dietro le coste, estendevasi al basso presso a poco al livello dell'ombelico, ed a sinistra oltrepassava un poco la linea bianca. Questo corpo che pareva essere il fegato sviluppato, e sentivasi tanto più in quanto che non vi era ascite e le pareti addominali erano notabilmente diminuite, non aveva una superficie uguale; elevavansi, pel contrario, numerose inegualità, specie di bernoccoli che il tatto agevolmente scopriva. Uno di essi esisteva immediatamente a destra dell'appendice xifoide che toccava; molti, ed in ispecialità quello la cui situazione è ora stata indicata, avevano somma sensibilità al più lieve tatto. Non riconoscevasi tumore in verun altro punto dell'addomine. Tutta la pelle aveva un color giallo verdastro. Dal lato delle vie digerenti non eravi altro sintomo che una completa anoressia, la scolorazione e la rarità grande delle evacuazioni alvine. Il polso era abitualmente frequente, senza che la temperatura della pelle fosse elevata.

Quest' individuo morì ventitrè giorni dopo il suo ingresso, senza aver presentato verun altro sintomo.

Autopsia del cadavere.

Il fegato, voluminosissimo, occupava nell' addomine la medesima estensione che era stata riconosciuta durante la vita. Aveva un colore verdastro in molti punti, brunastro in altri. Dalla sua superficie convessa elevavansi molti tumori, alcuni de' quali erano duri, gli altri molli e come fluttuanti. Questi sono i tumori che cagionavano i bernoccoli riconosciuti durante la vita. Incidendoli, vedevasi che erano composti da una materia bianca, dura in alcuni, molle e ridotta in poltiglia negli altri, sporcata in alcuni da sangue che vi era commisto. Questa materia continuavasi nell' interno del fegato ed aveva supplito in molta parte il suo parenchima ordinario: in molti punti questo ne era come infiltrato, dal che risultava, in luogo di masse senza colore e ben isolate, un tessuto rossastro, come screziato di bianco. Altrove quest' ultimo colore facevasi sempre più predominante, e il tessuto epatico non rappresentava più allora che poche linee rosse, le quali attraversavano in più sensi la produzione accidentale sviluppata nel suo seno, e che a misura del suo aumento pareva essersi allargata determinando l' atrofia delle porzioni del parenchima epatico, colle quali trovavasi in contatto.

Nessuna lesione valutabile non fu trovata ne' canali epatico, coledoco e cistico, e neppure nella vescichetta: questa conteneva, in luogo di bile liquida, molti piccoli calcoli uniti fra essi da muco.

La milza, nascosta dietro le false coste sinistre, non era aumentata di volume; il suo tessuto non pareva nè più denso, nè più rosso dell' ordinario, ma nel suo in-

terno erano sparse molte masse biancastre, affatto analoghe a quelle del fegato, e che sembravano depositate in molte cellule della milza, in luogo del sangue più o meno modificato che eravi ordinariamente contenuto.

La membrana mucosa dello stomaco vedevasi rammollita in quasi tutta la sua estensione; in nessuna parte potevalasi levar via in brani, e verso il fondo cieco non costituiva più che una specie di mucosità apposta su la tunica laminosa; essa era qua e là punteggiata di rosso. Nell' estensione di tre traversi di dito al di qua del piloro, la membrana mucosa riprendeva la sua consistenza usuale ed aveva un colore d'ardesia; questo medesimo colore vedevasi pure nella membrana mucosa delle due prime porzioni del duodeno. — Nulla di osservabile trovammo nel resto del tubo digerente, tranne un gruppo emorroidale in giro all' ano.

Niente di notabile negli altri organi. Coaguli fibrinosi densissimi nelle cavità del cuore, prolungantisi nelle vene cave e nell' aorta; macchie giallastre alla superficie interna di questa.

La malattia nel caso attuale continuò più lungo tempo che ne' due casi precedenti. I primi sintomi furono quelli di una lesione dello stomaco, e solo consecutivamente parve che il fegato venisse attaccato, o per lo meno ne apparvero i segni. Questi furono tre: dolore, tumore ed itterizia. Il dolore mostrossi pel primo; esso ebbe un carattere lancinante. Accade rare volte di trovare sì ben disegnati, durante la vita, i bernoccoli che sviluppansi su la periferia de' fegati cancerosi. Quindi, dalla sola loro esistenza e viva sensibilità potè cavarsi il diagnostico dell' affezione del fegato. Rispetto all' itterizia, noi qui non troviamo più ostacolo alcuno

meccanico nelle vie escretorie della bile valevole a spiegarne la produzione. Ne porremo noi la causa nell' esistenza delle masse cancerose? Ma noi vedremo or ora consimili masse, non meno rilevanti e numerose, esistere senza itterizia. In quest' individuo più non avvi traccia di ascite, mentre essa esisteva nelle osservazioni precedenti, ove la lesione organica non era però differente, almeno in apparenza.

Non è forse inutile notare che in questo soggetto, nel quale fu trovata una medesima modificazione di nutrizione così nel fegato come nella milza, lo stomaco, già da lungo tempo malato, non ebbe parte a siffatta modificazione; venne trovata la sua membrana mucosa rammollita, rossa in alcuni punti, in altri color di ardesia, e niente altro.

XXXVI. OSSERVAZIONE.

Canchero del fegato. Gastro-duodenite cronica.
Tumore all' ipocondrio destro. Itterizia.

Uno scrittore pubblico, in età di trentasette anni, godeva di una buona salute, quando un giorno, dopo essersi esposto ad una corrente di aria fredda mentre era in sudore, fu preso da varj sintomi di un cholera morbus: evacuazioni eccessivamente copiose dall' alto e dal basso; prostrazione subita, ec. Questi sintomi si dissiparono in capo a pochi dì; ma da questo momento egli risentì una difficoltà nel digerire i suoi alimenti, fino allora a lui ignota; accorgevasi della lora dimora nello stomaco per una specie di sentimento di pienezza e di tensione addominale; andava soggetto assai frequente-

mente alla diarrea. Passarono così tre anni alla fine dei quali divenne giallo. Allora venne alla Carità.

L' emaciazione era già grande; tutta la pelle presentava un vivo colore itterico esistente da sette in otto mesi. Sentivasi affatto distintamente nell' ipocondrio destro un corpo con superficie uguale, che terminava con margine assai sottile un poco sotto al livello dell' ombelico, e che, a sinistra, estendevasi nell' epigastrio alquanto oltre l' appendice xifoide. L' ammalato non erasi accorto di questo tumore; non vi aveva mai risentito il più lieve dolore, e colla pressione e col palpamento non determinavasene alcuno. Non potevasi gran fatto esitare ad ammettere che questo tumore fosse il fegato aumentato di volume; ma da quale affezione era esso attaccato? Era egli semplicemente in uno stato d' ipertrofia, d' induramento, di rammollimento? Eranvisi forse sviluppate produzioni accidentali. Ecco ciò che riusciva impossibile determinare. Non eravi attualmente, nè eravi mai stata traccia alcuna d' idropisia. Da lungo tempo il malato aveva compiutamente perduto l' appetito: quando introduceva la minima sostanza nutritiva, solida o liquida, nel suo stomaco, risentiva un' oppressione un mal essere generale sensibilissimi, e al tempo stesso una sensazione di gonfiamento all' epigastrio, non però mai un vero dolore. Una quantità grande di gaz veniva mandata fuori per la bocca; appena due o tre volte, dappoichè le digestioni avevano cominciato ad alterarsi, erano occorsi de' vomiti. Dolevasi di risentire assai frequentemente palpitazioni di cuore, precedute alcuna volta da dolore assai vivo alla regione precordiale. Andava pur soggetto di tempo in tempo a penosissime cefalalgie, ed abbacinamenti, a turbamento di vista, a formicolio nelle mani

e ne' piedi, ed a contrazioni croniche passeggiere dei differenti muscoli. Diceva di non aver più energia fisica e morale, e di essere continuamente rotto, a guisa di chi siasi dato ad un esercizio superiore alle proprie forze. Erano già molti mesi che le frequenti diarree cui il malato era stato sottoposto, venivano supplite da una costipazione ostinata; questa era cominciata contando presso a poco dall'epoca dell'apparizione dell'itterizia. Il colore delle deiezioni alvine non fu osservato e neppure quello delle orine. Il polso era costantemente frequente, la palma della mano ardente; del resto, la temperatura della superficie cutanea, naturale; la pelle mantenevasi sempre secca, e il malato dolevasi di risentirvi un prurito abituale sommamente incomodo.

Venne prescritta l'acqua di Vichy, la quale non produsse altro effetto che di accendere la febbre, e di far nascere all' epigastrio dolori non ancora dall' ammalato risentiti. Questo moto febbrile e questi dolori cessarono dal momento che si desistette dall' amministrare quell'acqua minerale. I medesimi accidenti vennero determinati dall' uso delle pillole di calomelano e di sapone medicinale.

Ne' due mesi che il malato dimorò allo spedale, noi lo vedemmo a poco a poco indebolirsi, senza che d' altronde presentasse alcun nuovo sintomo. Cionnondimeno pareva essere ancora assai lontano dal termine fatale, quando tutto ad un tratto, senza causa nota, apparvero i sintomi di una pleuro-pneumonia destra, la quale, combattuta inutilmente da' revulsivi applicati al torace ed alle estremità inferiori, trascinò rapidamente il malato al sepolcro.

Sezione del cadavere.

Color giallo verdastro apparentissimo di tutto l' inviluppo cutaneo; alcune macchie rosse, simili ad ecchimosi, alle due gambe. Marasmo estremo; nessuna traccia d' idropisia.

Il fegato forma nell'addomine un tumore voluminoso che occupa l' ipocondrio destro, l' epigastrio e l' ipocondrio sinistro, e discende fino al livello dell' ombelico. Esso presenta una superficie liscia ed uguale. Esteriormente è notabile pel suo colore verde brunastro, e non presenta alterazione veruna. Ma appena viene inciso, lo si trova pieno di numerose masse biancastre, dure o molli, e ridotte in poltiglia; molte percorse da linee rossastre che lasciano fra sè delle specie di areole varie di forma e di grandezza; altre, sporcate da sangue sparsovi nel mezzo. Queste masse sembrano come incastrate in mezzo al tessuto del fegato, il quale, intorno ad esse, non presenta altra alterazione che quella del suo colore già indicato. — Nella vescichetta esiste della bile, i canali epatico, cistico e coledoco sembrano nel loro stato normale.

La superficie interna dello stomaco presenta in tutta la sua estensione un colore di ardesia che risiede nella membrana mucosa; questa è notabilmente ingrossata, e indurata alla sua superficie: ineguale, bitorzolata, giusta l' espressione da Louis consacrata. Il medesimo colore continua nel duodeno; osservas i inoltre in questo un notabile sviluppamento di follicoli.

Nel resto del tubo digerente trovansi solo larghe piastre ovulari, punteggiate di nero, verso la fine dell'ileo

(glandule di Peyer), ed una colorazione brunastra del cieco.

I gangli mesenterici, soprattutto quelli che corrispondono al cieco, sono voluminosi e di un rosso pallido al loro interno.

False membrane molli, di recente formazione, uniscono, in una gran parte della loro estensione, le pleure costale e polmonare del lato destro. Il lobo inferiore del polmone da questo lato è in epatizzazione rossa. — Il cuore e le sue dipendenze non presentano nulla di patologico: ciò che è bene notare a motivo de' dolori precordiali e delle palpitazioni cui il malato era stato soggetto.

Nell' encefalo osservasi un' infiltrazione sierosa assai rilevante del tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi.

Qui pure trovasi un sintomo di meno che nelle osservazioni precedenti, vale a dire, il dolore. Quindi ecco uno de' casi ben marcati che dimostra poter svilupparsi in gran numero nel fegato masse cancerose, senza che quest' organo divenga sede di verun dolore. Che se noi cerchiamo perchè in questo caso l' affezione del fegato fu del tutto indolente, mentre ne' casi precedentemente descritti essa fu accompagnata da dolori più o meno vivi, lancinanti ed aventi altro carattere, non troveremo ragione alcuna di questa differenza nè nel numero, nè nella tessitura delle produzioni accidentali, nè nello stato del tessuto del fegato intorno ad esse; osserveremo nondimeno che nel nostro caso nessuna di queste produzioni era visibile all' esterno; che tutte, situate profondamente nell'organo, erano lontane dal peritoneo.

Il principio della malattia è un' altra circostanza notabile di questa osservazione. Fu in conseguenza del cholera-morbus che manifestaronsi varie turbazioni nella digestione, dimostrate, mediante la sezione del cadavere, qual risultamento di una gastro-enterite cronica. Quando il malato morì, non eravi più diarrea da lungo tempo, e i sintomi annunziavano che la infiammazione intestinale propriamente detta più non esisteva: quindi veggasi quali specie di lesioni furono trovate nell'intestino: un semplice sviluppamento delle glandule agminate di Peyer, ed una colorazione bruna del cieco. Queste due lesioni restavano quai tracce di un' infiammazione che più non esisteva; eravi inoltre uno stato d'ipertrofia de' gangli del mesenterio, che verisimilmente pure era risultamento dell' enterite antecedente.

Rispetto allo stomaco, l' infiammazione cronica, propagata al duodeno ond' era sede, aveva rivelato la sua esistenza per mezzo di due ordini di sintomi: alcuni locali, sono quelli su cui abbiamo già più volte fermato l' attenzione; il dolore epigastrico non esistette che momentaneamente e in modo, a così dire, accidentale, sotto l' influenza di una medicazione stimolante. Altri sintomi erano generali ed il risultamento d' irritazioni simpatiche dell' affezione dello stomaco: faremo notare soprattutto quel mal essere generale, quella rottura delle membra sì dichiarata onde il malato dolevasi, quel formicolio, quella cefalalgia, quelle contrazioni muscolari, quelle palpitazioni di cuore che risentiva, e què dolori passeggieri cui andava soggetto in varj punti del corpo. Quante volte siffatti sintomi vennero chiamati nervosi, perchè la lesione locale, di cui erano un effetto simpatico, svelavasi per mezzo di sintomi sì

poco decisi che essa sfuggiva facilmente all' investigazione!

In questo malato, d' altronde, l' affezione del fegato sembra essere stata consecutiva all' affezione gastro-intestinale; l'itterizia sopraggiunse lungo tempo dopo che le funzioni digerenti avevano cominciato ad alterarsi. In questo caso, come in molti de' precedenti malati, non eravi ostacolo alcuno al corso della bile. Noterassi inoltre che in questo caso l' affezione del fegato trovossi legata ad una duodenite cronica; noi siamo per lo meno indotti a riguardare come tali, oppure quai vestigi, il colore d'ardesia della membrana mucosa di questo intestino, e l' ipertrofia de' suoi follicoli.

XXXVII. OSSERVAZIONE.

Masse cancerose sviluppate nel fegato. Diminuzione del suo volume. Gastrite cronica (Ulcerazione con indurimento scirroso de' tessuti sotto-mucosi). Itterizia-ascite. Mancanza di dolore.

Un vasaio che lavorava in terra, nell' età di 66 anni, stato militare pel corso di 10 anni, ebbe nel 1784, una febbre intermittente quartana che durò nove mesi. Cionnondimeno, dopo la guarigione di questa febbre, continuò a godere ottima salute. Un anno circa prima di venire allo spedale, fece una caduta per la quale l' epigastrio fu violentemente ammaccato e contuso da un corpo duro. Poco dopo questa caduta ebbe una copiosa ematemesi, quindi, senza mai risentire dolore all'epigastrio, egli perdette l' appetito, ebbe frequentemente diarrea, e divenne giallo. Due mesi circa prima del suo ingresso nello spedale, l' addomine cominciò a

gonfiarsi, senza che il dolore siasi mai fatto sentire in alcuna parte del ventre.

Stato del malato quando venne allo spedale: itterizia generale apparentissima; magrezza, fluttuazione evidente nell' addomine sommamente teso, indolente in ogni punto, e in cui non si può riconoscere tumore alcuno. Lingua biancastra, senza rossezza all' estremità nè agli orli; nessuna sete; anoressia; non mai vomiti; tre o quattro evacuazioni alvine liquide in 24 ore, già da più mesi. Le materie fecali gialle. Polso un poco frequente, senza calore alla pelle. Orina rossastra e sedimentosa (*Fumigazioni di bacche di ginepro; frizioni su le membra con alcool canforato e tintura di cantaridi; tisana di gramigna con nitro*).

Nel corso del mese seguente il malato s' indebolì sempre più, e soccombette. Negli ultimi giorni di sua vita, la diarrea si fece assai più copiosa e si accese un vero moto febbrile. Del resto, mai non si fece risentire, fino alla morte, dolore alcuno, vuoi alla regione epatica, vuoi all' epigastrio, vuoi nel resto dell' addomine. L' ascite non fece che aumentare, e negli ultimi tempi i membri addominali s' infiltrarono un poco, ed inoltre il malato che prima non tossiva, espettorò una quantità grande di sputi verdastri, puriformi, che precipitavano in fondo all' acqua.

Sezione del cadavere.

Color giallo della pelle; marasmo; spandimento di una quantità grande di sierosità liquida nel peritoneo, che non presenta, d' altronde, traccia alcuna di flemmasia antica o recente.

Il fegato non occupa che un piccolo spazio dietro le

ultime coste destre; il suo volume è manifestamente minore che nel suo stato normale, il suo tessuto ha un colore di un bruno verdastro; la sua densità non è notabilmente aumentata. Nel suo interno trovansi cinque o sei masse biancastre, ciascuna delle quali ha il volume presso a poco di una grossa noce; quattro sono dure e percorse da alcune linee rossastre, o maculate di punti aventi lo stesso colore, due altre sono rammollite, e in una di queste ultime avvi un poco di sangue misto al detrito biancastro della massa. Nessuna di esse è prominente, nè visibile all' esterno del fegato.

Le vie di escrezione della bile sembrano nel loro stato normale.

La milza ha un volume, un colore, ed una consistenza, ordinarj.

Una larga ulcerazione esiste alla faccia interna dello stomaco, verso il fondo cieco. Questa ulcerazione potrebbe ricevere almeno una moneta da cinque franchi. I suoi margini elevati vengono formati dalla membrana mucosa rossa e gonfia. Nel fondo trovasi prima il tessuto cellulare sotto mucoso trasformato in una materia di un bianco sparuto che ha molte linee in grossezza. Sotto di esso trovasi la membrana muscolare che non presenta in ogni sua parte il medesimo aspetto. In molti punti, e soprattutto verso la circonferenza dell' ulcera, questa membrana presenta una grossezza maggiore che fuori dell' ulcerazione. Ivi essa è divisa in fasci o lobuli da intersezioni bianche, come fibro-cellulose, che si attengono da una parte al tessuto cellulare sotto-mucoso e dall' altra al tessuto cellulare sotto-peritoneale. Più presso al centro dell' ulcerazione la membrana muscolare non è più sì agevolmente riconoscibile; essa non presentasi più che sotto forma di

fasci sparsi, separati da grand' intervalli che occupano unicamente masse di tessuto cellulare con induramento bianco. Sembra che queste masse siano solo la dilatazione delle semplici strie bianche della circonferenza. Come abbiamo spiegato altrove, a misura che il tessuto cellulare costituente queste linee e queste masse ha preso sviluppamento, la tunica muscolare, ristretta e compresa, è in parte sparita. In altri punti, dove il tessuto bianco omogeneo è ancora più predominante, la tunica muscolare non esiste più realmente che per avanzi e per punti isolati. Tranne l' ulcerazione, la membrana mucosa dello stomaco non presenta alterazione veruna di qualche rilievo.

Gangli linfatici voluminosi, e che sono andati soggetti all' induramento bianco (scirroso), esistono sotto l' ulcerazione ora descritta, fra lo stomaco e la milza, ed uniscono intimamente questi due organi fra di essi.

La membrana mucosa della fine dell' ileo è vivamente injettata di rosso, quella dell' intestino grasso è densa e colorata di un grigio brunastro.

Stato sano degli organi toracichi; color giallo apparentissimo della superficie interna dell' aorta, delle cartilagini costali e della dura madre.

Sembra che l' affezione dello stomaco in questo individuo, e consecutivamente ad essa l' affezione del fegato, sieno state conseguenza di una violenza esterna. La malattia cominciò con un sintomo de' più gravi, con una ematemesi; e, o che questo vomito di sangue sia stato conseguenza della rottura di un grosso vaso, rottura occasionata dalla caduta su l' epigastrio, o che dipendesse da una semplice esalazione de' capillari compressi, fatto sta, che questo vomito è seguito

da un doppio processo di disorganizzazione e dello stomaco e del fegato, che nessuna specie di dolore non rivelà. Solo verso la fine della malattia, quando già eravi da lungo tempo profonda alterazione delle forze nutritive, sopraggiungono quai soli sintomi dell' affezione del fegato e l'itterizia e l' ascite. Oltre l'esistenza delle masse cancerose, noi troviamo, per ispiegare l' ascite, quella diminuzione nel volume del fegato, che in alcune osservazioni precedentemente descritte, abbiamo veduto coincidere frequentemente coll'esistenza di collezioni di sierosità nel peritoneo. Circa all' itterizia, essa non è ancora spiegata in questo caso dall' esistenza di verun ostacolo nelle vie escretorie della bile; inoltre, noi siamo certi, dipendentemente dalla natura delle dejezioni alvine, che durante la vita era giunta della bile nel duodeno.

E come mai non osserveremo ancora la gravezza dell' alterazione dello stomaco, e l' evidenza de' sintomi che l' annunziarono? Dal disgusto degli alimenti, e niente più! . . . .

Gangli linfatici eransi qui sviluppati in vicinanza all' ulcerazione dello stomaco, come veggonsi sviluppare più frequentemente vicino alle infiammazioni acute o croniche dell' intestino.

L'aumento della diarrea ed il moto febbrile degli ultimi giorni sembraci che riconoscano per causa l' injezione rossa della fine dell' ileo, mentre lo stato dell' intestino grasso rende ragione dell' antico flusso intestinale. Così, esaurito da un' affezione cronica, quest' individuo, al pari di molti altri, morì d' infiammazione acuta.

XXXVIII. OSSERVAZIONE.

Cancro del fegato e dello stomaco. Itterizia, solo segno dell'affezione del fegato.

Un gridatore di professione, in età di 64 anni, ha da più anni digestioni laboriose; non vomita giammai, e non risente dolore alcuno all'epigastrio. Egli è giunto a poco a poco all'ultimo grado di marasmo e di debolezza. Sei settimane innanzi la sua venuta allo spedale, si è fatto giallo. D' altronde, mancanza totale di dolore alla regione epatica, nessuna apparenza di tumore o di renitenza all' ipocondrio destro, e neppure in altri punti del ventre; nessuna traccia d' idropisia. Evacuazioni alvine nere e liquide.

L'autopsia del cadavere mostrò che il fegato non era aumentato di volume; visto esteriormente, esso non pareva niente leso.

Cionnondimeno appena venne inciso si vide che una parte del suo tessuto era supplita da masse voluminose bianche e assai friabili, percorse da numerosi vasi; questi se ne isolavano agevolmente e continuavansi qua' capelli finissimi, co' vasi stessi del parenchima epatico; in molti punti non erano più soltanto vasi, erano avanzi più rilevanti del parenchima epatico, che apparivano in mezzo a queste masse di produzioni accidentali, e che attenevansi al resto del parenchima solo per via di alcuni vasi onde queste masse erano attraversate.

Le vie di escrezione della bile furono trovate nel loro stato sano.

In luogo del tessuto cellulare sotto-mucoso della

porzione pilorica dello stomaco, trovavasi una massa scirrosa interposta fra la mucosa e la tunica carnosa; questa era in uno stato d'ipertrofia, divisa in lobuli da filamenti biancastri che dal tessuto cellulare sotto-mucoso indurato (scirro) estendevansi al tessuto cellulare sotto-peritoneale. La membrana mucosa stessa non presentava altra alterazione che del rammollimento con un poco di rossezza in alcuni punti.

Nel duodeno non eravi nulla di notabile.

Le pareti di una gran parte del colon presentavano lo stesso genere di alterazione che quelle dello stomaco. Esse erano dure, notabilmente ingrossate e scricchiolavano sotto lo scalpello che le divideva. Trovansi in queste pareti, procedendo dal di fuori in dentro, 1.° fra il peritoneo restato sano e la tunica carnosa, una membrana bianca e dura, avente molte linee di grossezza (tessuto cellulare sotto-peritoneale, ingrossato ed indurito); 2.° la tunica muscolare in uno stato di grande ipertrofia; 3.° a vece del tessuto cellulare interposto fra essa e la membrana mucosa, uno strato grosso formato da un tessuto duro di un bianco grigio; 4.° la membrana mucosa egualmente ingrossata, densissima e di un grigio brunastro.

La milza era di volume, di colore e di consistenza ordinarie.

Alcuni tubercoli cretacei con induramento nero intorno ad essi, esistevano alla sommità de' polmoni.

Questa osservazione dà un esempio di affezione cancerosa del fegato, senza aumento di volume dell' organo, senza dolore, senza idropisia, senz' altro segno, per dirla in una parola, che un' itterizia. Qui pur vedesi quest' ultima coincidere con uno stato sano delle

vie escretorie della bile. Nulla prova che in questo caso siavi stata affezione del duodeno; trovasi però cronicamente infiammato lo stomaco e l'intestino grasso. Sembraci assai poco esatto il confondere sotto uno stesso nome la specie di alterazione cui queste parti del tubo digerente erano state soggette, e quella onde il fegato era sede. Che veggiam noi infatti nello stomaco e nell'intestino grasso? Un' ipertrofia, un induramento de' varj tessuti sottoposti alla membrana mucosa? Al contrario. È egli lo stesso delle masse biancastre sviluppate nel fegato? Sono esse il risultamento di una semplice alterazione di tessitura del tessuto di quest'organo? Niente autorizza a pensarlo; tutto prova, pel contrario, che esse sono una vera produzione novella depositata per secrezione nel parenchima epatico, come in altri individui vi si depone del pus, come nel polmone e in altre parti vanno a formarsi dei tubercoli.

Ecco la prima osservazione in cui non veggiamo più la malattia annunziata che da un solo sintomo; questo pure avverrà nelle osservazioni che seguono.

XXXIX. OSSERVAZIONE.

Cancro del fegato; medesima generazione nello stomaco, nel pancreas e nell' epiploon. Tumore indolente nell' ipocondrio destro. Alterazione delle funzioni digerenti. Mancanza d' itterizia e d' idropisia.

Una donna in età di 43 anni, godette di una buona salute fino all'età di 40 anni. Allora ella cessò di aver le sue regole, e presso a poco nel tempo stesso le sue digestioni si alterarono, senza però risentire vero dolore

all' epigastrio. Ella più non aveva appetito; l' introduzione nello stomaco del poco alimento che prendeva veniva seguito da mal essere generale e da una sensazione di ripienezza nell' addomine; aveva frequenti rutti acidi. In questa prima epoca della sua malattía, ella prese del reobarbaro, poi della china-china: non ne risultò miglioramento alcuno; fu ben anche in seguito all' amministrazione della china-china da lei presa in decozione, che cominciò ad andar soggetta a' vomiti, i quali in tratto successivo sopraggiunsero ad intervalli più o meno lontani. Le materie vomitate erano di tre sorta: ora gli alimenti stessi; ora copiose mucosità; ora finalmente un liquido brunastro, simile a fondigliuolo di caffè. (Questo paragone veniva pur fatto dall'ammalata stessa).

Quest' affezione gastrica continuava da tre anni circa, quando cominciammo ad osservarla; essa allora era giunta al suo ultimo periodo: la magrezza e la debolezza erano estreme; la faccia aveva un color giallo-paglierino sensibilissimo; non eravi d' altronde traccia veruna d'itterizia. Il fegato sentivasi manifestamente, per l' estensione di due o tre traversi di dito sotto alle costole, ne' due ipocondrj ed all' epigastrio; seguivasene agevolmente il margine tagliente. L' ammalata non risentiva dolore in nessun punto nè dell'addomine, nè del torace; la pressione non ne determina alcuno. La lingua era soltanto pallida; frequenti rutti acidi occorrevano, e quasi tutti i giorni, dopo qualche tempo, eranvi vomiti delle varie materie già sopra indicate; le evacuazioni alvine erano rare, brunastre e dure; il polso era piccolo e frequente; la pelle calda e secca (*Tisane raddolcitive; siero*).

Pochi giorni dopo l' ingresso dell' ammalata, *due ve-*

scicanti vennero applicati alle gambe : essi determinarono una viva irritazione del sistema nervoso. L' indimani fu trovata in uno stato di agitazione estrema. Il dolore che diceva sentire al luogo de' vescicanti le faceva mandare acute grida ; il polso piccolo , serrato , aveva acquistato freqüenza grande ; i vescicanti vennero coperti da un cataplasma emolliente. Nella giornata , a questa esaltazione nervosa, notabile nello stato di sfinimento dell' ammalata , succedette un profondo annientamento fisico e morale. — Alla sera la superficie de' vescicanti fu trovata coperta di uno strato nero ; la morte avvenne la mattina seguente.

Sezione del cadavere.

Stato di marasmo. Nessun vestigio d' itterizia, nè d'idropisia.

Nulla di rilevante nel cervello e nelle sue membrane.

Ventricoli affatto vuoti di sierosità.

Organi toracichi sani.

Il fegato, come erasi verificato durante la vita, estendevasi fino all'ipocondrio sinistro, ed oltrepassava di tre dita il lembo delle coste. Nel fianco destro esso toccava la cresta iliaca. Lo stomaco ne era intieramente coperto. All' esterno aveva un color rossastro , interrotto in molti luoghi da un colore bianco sporco. Ove esisteva quest' ultima tinta il dito sentiva una fluttuazione manifesta. Essa , infatti , corrispondeva a vaste cavità piene di una specie di poltiglia il cui colore variava dal grigio sporco fino al rosso. In qualunque parte venisse il fegato inciso , penetravasi in siffatte cavità. Molte contenevano una materia più solida, che una lieve pressione poteva ancora agevolmente schiacciare , e

trasformavansi allora in una poltiglia simile a quella contenuta nelle altre cavità. Finalmente in tre luoghi soltanto trovavansi quasi incastrati nel tessuto del fegato tumori del volume di una grossa noce, formati da una materia di un bianco smontato sparso da linee rossastre, e che presentavano pure alcuni punti della loro estensione trasformati in un liquido poltaceo di un grigio rossastro sporco.

La vescichetta del fiele era piena d' una bile affatto nera e densa.

Ne' canali nulla di rilevante.

Levato via il fegato si scoprì un altro tumore voluminoso, limitato in alto dal corpo dello stomaco, al basso e da' due lati dalle tre porzioni del duodeno. Esso era formato da una materia di apparenza inorganica, di un bianco sparuto, dura e scricchiolante sotto lo scalpello. Nel suo lato sinistro non trovavasi più che un lievissimo vestigio del pancreas. Comprendendo in una medesima tagliatura questa glandola ed il tumore, vedevasi il tessuto sano del pancreas sparire in un subito e subentrare ad esso il tessuto del tumore. Solo alla superficie interna di questo osservavansi ancora alcune sparse granulazioni della glandola.

Il tumore da noi ora descritto continuavasi con più altri di una stessa natura che attorniavano l' estremità pilorica dello stomaco ed il principio del duodeno.

Nell' estensione di quattro o cinque traversi di dito al di qua del piloro, più non trovavasi, in luogo delle varie tuniche costituenti le pareti dello stomaco, che un tessuto omogeneo bianco e duro. In questo spazio la membrana mucosa era distrutta; in fondo all' ulcera risultante dalla sua distruzione esisteva una materia poltacea biancastra, di una in due linee di grossezza.

Finalmente, nella grossezza medesima del grande epiploon, immediatamente sotto il colon trasversale, era sviluppato un tumore della grossezza di un uovo di struzzo, formato, come quello che circoscriveva il duodeno, da una materia omogenea, dura e di un bianco sbiadato.

Non è egli una circostanza assai notabile di questa osservazione che, malgrado il gran numero di produzioni accidentali dette cancerose, sviluppate in varj punti dell' addomine, nessun dolore non siasi mai fatto sentire? L' enorme tumore formato dal fegato fu costantemente indolente; cionnondimeno le masse cancerose che avevano in gran parte supplito il suo tessuto erano compiutamente rammollite; del sangue eravi misto, ed oltre a ciò, esse erano in contatto quasi immediato col peritoneo della periferia del fegato.

In questa osservazione non troviamo nemmeno traccia alcuna d' itterizia, ma solo quel colore giallastro della faccia che accompagna un certo numero di affezioni cancerose, e che più di una volta hanno servito a distinguere, durante la vita, la semplice infiammazione cronica di un tessuto dalla sua degenerazione organica.

La degenerazione del pancreas, onde questa osservazione somministra un esempio, è un fatto raro di anatomia patologica. Il più delle volte lo si trova intatto in mezzo alle più gravi disorganizzazioni dello stomaco e degli altri tessuti che lo attorniano. Non sembra egli, in questo caso, che il tessuto cellulare interposto fra le granulazioni del pancreas sia quello soprattutto che si è alterato e indurato, e che a mi-

sura dello sviluppamento di questo tessuto le granulazioni siano pervenute ad uno stato di atrofia e quindi sparite? Molte volte nelle glandole salivari ed una volta nella glandola lacrimale, abbiamo potuto seguire il processo di disorganizzazione da noi indicato. Le granulazioni di queste glandole erano ancora distinte, ma solo sparse e separate fra di loro dal tessuto cellulare ingrossato ed indurato.

Non dimenticheremo di far osservare i perniziosi effetti prodotti in quest' individuo dall' applicazione de' vescicanti alle gambe. Qual mai più palpabile esempio si può egli dare delle disposizioni individuali! È a questo modo che in certi ammalati il più lieve irritante introdotto nelle vie digerenti, sarà occasione dello sviluppamento de' più gravi accidenti, mentre in altri i violenti drastici non avranno effetto alcuno.

XL. OSSERVAZIONE.

Cancro del fegato e dello stomaco.
Ascite, senz' altro sintomo di affezione del fegato.

Un uomo il cui mestiere era di scavare e di trasportar terre, in età di 65 anni, e che da un anno aveva una diarrea abituale (tre o quattro evacuazioni alvine ogni 24 ore, precedute da coliche) risente, sono due mesi, alcuni dolori all' epigastrio: egli manda fuori rutti agri dopo aver mangiato, e si sente alcuna volta eccitato a vomitare. Da un mese, ascite e leggier edema ai membri inferiori; del resto, nessun dolore all' addomine; l' ipocondrio destro non è mai stato doloroso, nè la pelle gialla.

Questo individuo s' indebolisce ognor più e soccombe.

Autopsia del cadavere.

Spandimento notabile di sierosità limpida nel peritoneo; fegato di volume ordinario, nascosto dietro le costole, che sembra sano all'esterno, ma sparso all'interno da un numero grande di masse cancerose, molte delle quali sono rammollite. Queste masse occupano quasi tre quarti dell' organo, il cui tessuto sano è per tal modo ridotto a piccolissimo volume.

Nulla di rilevante nelle vie escretorie della bile. La superficie interna dello stomaco presenta verso il centro della piccola curvatura un' ulcera più larga di una moneta da cinque franchi, nel cui fondo e intorno alla quale trovasi il tessuto cellulare sotto-mucoso notabilmente ingrossato, scirroso, e la tunica carnosa in uno stato d'ipertrofia. Nell'intestino grasso trovasi la membrana mucosa pallida ma affatto rammollita. Avvi un poco di rossezza alla fine dell' intestino tenue.

La sommità di ciascun polmone è dura e nera; nel centro di questa porzione indurata trovansi piccoli granelli di consistenza pietrosa.

In questo soggetto non havvi nè tumore, nè dolore presente o passato, nè itterizia attuale od antecedente, valevoli a caratterizzare l'affezione del fegato. L'ascite che potevasi agevolmente giudicare non dipendente da un'affezione del cuore, e che non pareva neppure riconoscere per causa un' infiammazione del peritoneo, poteva indurre a credere vi fosse malattia di fegato; ma se dietro questa ascite si avesse voluto annunziare la natura dell' affezione che aveva attaccato il fegato, si avrebbe piuttosto avuto per diagnostico l' esistenza di uno di que' fegati duri, diminuiti di volume, *raggrin-*

zati, granulosi o scirrosi, de' quali abbiamo precedentemente parlato, anzi che pensato d'incontrare un fegato canceroso; perchè questo produce ben più rare volte l'ascite, senz' altro sintomo, di quello lo faccia la lesione sopra indicata.

Qui pure, come nella maggior parte delle nostre osservazioni, osserviamo l'esistenza simultanea dell'affezione del fegato e del tubo digerente; e qui pure non è il duodeno che veggiamo in ispecial modo attaccato.

Eccoci giunti finalmente ai casi più oscuri in cui, occorrendo la stessa simultaneità di affezioni, quella del tubo digerente può sola essere riconosciuta durante la vita, non inducendo verun fenomeno morboso dal lato del fegato a presupporre tampoco l'esistenza di una lesione qualunque di quest' organo.

XLI. OSSERVAZIONE.

Tumori cancerosi del fegato senza esistenza di verun segno di affezione di quest' organo. Gastrite cronica.

Un uomo di 56 anni, che aveva gioito tutta la sua vita di una buona salute, vomitò, sono dieci mesi, per tre giorni consecutivi una quantità grande di sangue. Da quest' epoca in poi le sue digestioni sono alterate. L'ingresso di qualsivoglia specie di alimenti nello stomaco riesce penoso. Egli ha abitualmente pochissimo appetito. Sono frequenti i conati e rare volte vomita; egli rimette molta viscosità durante il tempo della digestione; non accusa dolore alcuno all' epigastrio e neppure all' ipocondrio destro.

All' epoca della sua venuta allo spedale egli era assai

magro, ma il colore della faccia poco alterato. Prese per tisana il *brodo di vitello con emulsione*; gli venne dato di tempo in tempo della *magnesia in dose di due grossi.*

Nel corso de' 12 o 15 giorni da lui passati allo spedale, non vomitò mai; i suoi rutti si fecero meno frequenti. Prendeva per sola nutrizione poco riso passato e de' brodi. Il suo polso fu sempre lento e la lingua naturale.

Li 2 aprile rallegravasi del miglioramento del suo stato; non dolevasi che di una compiuta anoressia; le sue forze erano ancora ben conservate; morì tutto ad un tratto.

Sezione del cadavere.

Cervello sano; dicasi lo stesso del cuore e de' polmoni, che non sono ingorgati.

Lo stomaco appena ha il volume di un intestino tenue; esso è intieramente coperto dal colon. Lungo la sua piccola curvatura aderisce al fegato per mezzo di briglie cellulose antiche. Immediatamente sotto l' orifizio cardiaco, la sua faccia interna presenta uno spazio della larghezza di due monete da cinque franchi riunite, nel quale la mucosa è distrutta: il fondo dell'ulcera che ne risulta è formato dal tessuto laminoso. In tutto questo spazio le pareti dello stomaco hanno per lo meno due traversi di dito in grossezza; esse sono formate da un tessuto di un bianco sbiadato, solcato da linee rossastre incrocicchiantisi; in mezzo a questo tessuto esistono due o tre larghe piastre di un bel nero intenso, presentanti tutti i caretteri della melanosi. Una di queste piastre apparisce in fondo all' ulcera. In giro a que-

sta esiste la mucosa irregolarmente frastagliata e presentante otto a dieci vegetazioni brunastre, facenti al disopra del resto della membrana uno sporto di una mezza ad una linea intiera; esse sembrano prodotte da un' espansione della mucosa. Hanno pure analogia coi tumori emorroidali. Nel resto della sua estensione la mucosa gastrica bianca era un poco rammollita.

Nella grossezza stessa del fegato esistevano due grosse masse cancerose, che isolavansi molto bene dal tessuto di questo viscere ove parevano come incastrate. Esse erano formate dal tessuto encefaloide crudo.

In questa osservazione faremo osservare: 1.° la mancanza totale di qualunque segno che valesse a far presupporre l'esistenza di un'affezione qualsiasi del fegato; 2.° l'ematemesi che annunziò il principio della gastrite cronica; 3.° il genere stesso di alterazione cui lo stomaco era stato soggetto; 4.° il modo repentino ed impreveduto con cui sopraggiunse la morte, senza che la sezione del cadavere ne desse la spiegazione.

XLII. OSSERVAZIONE.

Cancro dello stomaco e del fegato. Ipertrofia interna del ventricolo sinistro del cuore. Ossificazione dell' aorta.

Un fabbricatore di cartoni, nell' età di sessant'anni, risente da alcuni anni un poco di oppressione che aumenta quando corre o va in salita. Sono cinque anni ch'egli ebbe a soffrire violenti dispiaceri, e da quest'epoca in poi le sue digestioni si alterarono. D' altronde, non ha mai contratto abitudine coll'uso di liquori forti; nè mai si è abbandonato agli eccessi di veruna sorta.

Da principio ebbe lunghi intervalli di anoressia massima; il mattino rigettava sovente come per rigurgitazione una quantità grande di liquido chiaro, filante, un poco agro, da lui indicato col nome di flemma. Più tardi risentì all'epigastrio la sensazione di un forte peso, ogni qual volta aveva mangiato. Parevagli di tempo in tempo gli venisse applicato un ferro rosso nel traghetto dell' esofago. Cionnondimeno continuò sempre a darsi alle sue occupazioni ordinarie. Ma da quattro mesi sintomi più gravi si sono manifestati. Cominciò ad avere vomiti frequenti, che soprarrivavano ordinariamente otto a dieci ore dopo aver preso qualche alimento. Egli è dimagrato assai, e le sue forze sono sensibilmente diminuite. Al tempo stesso i sintomi della malattia del cuore si sono manifestati di più; l' oppressione è divenuta maggiore; il contorno de' malleoli trovasi in uno stato di edema.

Venuto alla Carità verso la metà del mese di luglio, il malato presentò lo stato seguente:

Marasmo assai inoltrato; faccia pallidissima con viva colorazione de' pomelli. Debolezza portata al punto che il malato non può più alzarsi per andare al pitale. Egli si tiene nel suo letto mezzo seduto; affogherebbe stando orizzontalmente; i piedi e la parte inferiore delle gambe sono in uno stato edematoso; la lingua pallida, coperta al suo centro da una leggera patina giallastra; un gusto di amarezza ingratissimo esiste abitualmente nella bocca; non risente mai febbre. Il malato accusa attualmente la sensazione come di una striscia infocata che dal pube si estende fino al centro dello sterno. Quando mangia o beve, sente un dolore, un calore ardente nello spazio esistente fra l'appendice xifoide e l' ombilico; va soggetto sovente ad eruttazioni acide;

vomita quasi tutti i giorni materie brunastre; non ha appetito veruno; ha voglia, a quanto dice, di ogni alimento; ma quando li vede ne sente disgusto. Palpando l' addomine lo si sente fortemente teso in tutta la regione epigastrica; la pressione eccita dolore all' ipocondrio destro. Immediatamente sotto ed a sinistra dell' appendice xifoide esiste un tumore bernoccoluto, mobile, doloroso alla pressione, eccitante nausee; il resto del ventre è cedevole ed indolente; la costipazione è abituale; vi ha mancanza totale di febbre; il polso ha una forza ordinaria, ed è un po' duro (*Tisane emollienti; magnesia; lavativi emollienti; dieta*).

I giorni seguenti questo malato ci presentò ciascuna mattina un vaso mezzo pieno di una quantità grande di materie, simili pel loro colore a fondo di caffè, da lui vomitate nel corso della giornata. Del resto non ci dava alcun nuovo sintomo; ma la debolezza fece progressi rapidi, la cornea trasparente dal lato destro si ulcerò, la faccia prese un aspetto cadaverico, e la morte sopraggiunse li 5 agosto.

Il fenomeno principale che fermò la nostra attenzione fu l' estrema mobilità del tumore. Ora lo trovavamo immediatamente sotto l' appendice xifoide, ora due o tre traversi di dito più sotto; ora su la linea mediana, o più o meno a sinistra o a destra dell' appendice.

Sezione del cadavere.

Addomine. La porzione splenica dello stomaco, dilatata e riempiuta da un liquido bruno carico, estendevasi sotto forma di un gran sacco fino all' ombilico. La porzione pilorica ristretta presentava pareti notabilmente ingrossate. Questo ingrossamento comin-

ciava un poco a sinistra dell' appendice xifoide e continuava fino al piloro. In tutta questa estensione le pareti dello stomaco erano formate da un tessuto omogeneo di un bianco azzurrognolo, come semitrasparente, scricchiolante sotto lo scalpello, e scavato da un gran numero di piccole areole riempiute di un liquido senza colore e gelatinoso. In mezzo a questo tessuto omogeneo scorgevansi ancora linee di separazione fra le membrane, mucosa, laminosa e muscolare. Alla sua faccia libera la mucosa presentava un colore rossastro e pareva quasi fungosa. Nella porzione splenica essa era bianca e consistente. La tunica muscolare terminava ad un tratto là dove cominciava l' alterazione. Il resto del canale intestinale era sano.

Una quantità grande di masse biancastre, cancerose, di mediocre consistenza, esistevano alla superficie del fegato e nel suo interno. Nel loro intervallo il parenchima del viscere non pareva niente alterato. Prolungavasi per mezzo di una linguetta sottile fin su la milza.

Torace. I polmoni erano sani, poco ingorgati: l' estremità del dito piccolo appena poteva essere introdotta nella cavità del ventricolo sinistro, le cui pareti trovavansi in uno stato di grande ipertrofia. Le valvole aortiche erano sane; ma immediatamente sotto di esse esisteva tutto in giro all' arteria un cerchio osseo, facente una prominenza notabile nell' interno dell' arteria. In questo punto la membrana interna era stata distrutta, e l'ossificazione trovavasi in contatto immediato col sangue. In tutto il restante dell'aorta toracica e addominale vedevansi numerose piastre ossee, assai vicine le une alle altre. Al disopra di molte di esse la membrana interna era pur stata distrutta. Immediatamente sopra la biforcazione dell' aorta, ed al punto di origine

de' due vasi che ne nascono, vedevansi scabrosità del color dell'acciaio, ossee, lunghe quattro a cinque linee e affatto simili a piccole schegge di un osso fratturato. Si concepisce che siffatta produzione estendendosi sempre più, avrebbe potuto finire coll'impedire notabilmente il corso del sangue nelle estremità inferiori. Nessuna lesione non esisteva nelle divisioni dell' aorta.

Così in questa osservazione come nella precedente, nulla lasciò sospettare durante la vita l' esistenza dell' affezione del fegato.

XLIII. OSSERVAZIONE.

Idatidi nel fegato e nella milza.
Dolori verso l' ipocondrio destro; itterizia; decadimento.

Un cantante di chiesa, in età di trentun'anno, aveva fatto abuso da molti anni di liquori alcoolici. Tre anni prima del suo ingresso allo spedale andò soggetto al vaiuolo; innanzi la invasione di questa malattia egli aveva costantemente goduto di una buona salute. Ne' cinque mesi che seguirono alla convalescensa dell' esantema, ebbe una diarrea accompagnata da dolori addominali poco vivi. Sotto l'influenza di un costante regime e di alcune applicazioni all' ano, questa diarrea che da principio era stata abbandonata a sè stessa, non tardò guari a cessare; ma qualche tempo dopo un dolore sordo cominciò a farsi sentire verso l' ipocondrio destro; esso era abitualmente più vivo durante la notte. Questo dolore non fu accompagnato da verun altro sintomo grave per lo spazio di due anni circa. Dopo questo tempo il malato cominciò a dimagrare ed a per-

dere le sue forze; del resto il dolore all' ipocondrio non si fece più vivo.

Pel corso di sei mesi andò così declinando senza che altro sintomo locale si manifestasse. Solo di tempo in tempo la diarrea riappariva. L' appetito era buono; e per riavere le forze che dileguavansi, quest' individuo aumentava ognor più le dosi di vino e di liquori forti che era abituato da lungo tempo a bere. Finalmente sei mesi prima della sua venuta alla Carità il malato si accorse che diveniva giallo. L' itterizia, leggiere da principio e limitata alla faccia, fecesi poscia generale e sensibilissima. Tali furono le istruzioni dateci dall' ammalato stesso. Ecco ora in quale stato presentossi alla nostra osservazione.

Egli era assai gaio e pieno di speranza nell'avvenire. Cionnondimeno il marasmo era già grande; il colore verdastro della pelle annunziava una lesione grave verso il fegato. Presso al livello delle ultime coste destre e nell'ipocondrio esisteva una specie di pesantezza, una sensazione penosa anzi che un vero dolore. Il malato stesso esprimeva questa sensazione dicendo di risentire un imbarazzo in queste parti. Il tatto d' altronde non vi lasciava riconoscere tumore alcuno; in tutte le altre parti l'addomine era cedevole ed indolente. L'appetito si manteneva; da molti mesi eravi più abitualmente costipazione che diarrea. Non trovavasi traccia alcuna d' idropisia; il polso non era frequente, la pelle non aveva calore. Le orine erano rosse e rare. Non venne prescritto altro che poche tisane diluenti; accordavaglisi la mezza porzione che il malato mangiava con piacere.

Nel corso del mese seguente il malato non presentò cangiamento veruno nello stato sopra descritto, ma al-

lora senza preventivo dolor puntorio e senza che apparissero sputi caratteristici, la respirazione si fece ad un tratto difficile: l' ascoltazione fece riconoscere da principio un rantolo crepitante, quindi una respirazione bronchica sensibilissima nello spazio compreso fra la clavicola destra e la mammella del medesimo lato e, indietro, nelle fosse sopra e sotto-spinose. Suono fioco nella medesima estensione. Al tempo stesso alterazione subita e profonda delle fattezze; polso piccolo; apparizione di una risipola alla faccia, coincidente con un aumento di prostrazione; morte il sesto giorno dopo l' apparizione della dispnea.

Sezione del cadavere.

Magrezza grande, pareti addominali contratte, color giallo-verde sensibilissimo di tutta la pelle; nessuna traccia d'idropisia. Veduto esteriormente, il fegato sembra sano; ha il suo volume e il suo colore ordinario; ma appena introdottovi per otto o dieci linee lo scalpello, vedesi, immediatamente a destra del gran legamento sospensore, spicciar con forza un liquido limpido come acqua di roccia, ed in breve si riconosce che esso è uscito da una borsa abbastanza grande da ammettere un arancio con entro sette o otto acefalocistidi, una delle quali è assai più voluminosa delle altre. Questa idatide più voluminosa è vuota, e sembra che da essa sia uscito il liquido limpido spillato dall' incisione. Infatti, quello che attornia le idatidi e che trovasi nella borsa suddetta è giallastro e torbido. Le pareti di questa borsa sono formate da una membrana fibrosa, densa, resistente, grossa molte linee, in contatto mediante la sua superficie esterna col parenchima stesso del fe-

gato cui sta congiunta per mezzo di alcuni filamenti cellulo-vascolari. Liscia alla sua superficie interna, ove presenta un' organizzazione sierosa essa è bagnata dal liquido in cui nuotano le idatidi. Nel resto del fegato non trovasi alcun'altra alterazione valutabile.

La milza sembra ugualmente sana all' esterno; però, mediante l' incisione se ne fa zampillare un liquido simile a quello uscito dal fegato. Questo liquido proviene da una grossa acefalocistide che ne contiene molte altre, ed è contenuta entro una cavità esistente nel parenchima splenico; questa cavità differisce da quella trovata nel fegato in ciò che le sue pareti sono coperte soltanto da una membrana cellulosa sottilissima.

Stato perfettamente sano dello stomaco, del duodeno, e de' quattro quinti superiori dell' intestino tenue. Nel quinto inferiore trovansi le glandule agminate di Peyer più sviluppate dell' ordinario, ineguali alla loro superficie, alcune di un bianco grigio e le altre nerastre. Trovansi pure in questa medesima porzione d' intestino, de' follicoli isolati apparentissimi, presentanti un punto nero centrale ed un circolo avente il medesimo colore in giro ad essi. La superficie interna del cieco e di una porzione del colon presenta un colore di ardesia; vi si trovano pure numerosi follicoli.

Nulla di notabile negli altri visceri dell' addomine.

Epatizzazione grigia del lobo superiore del polmone destro. Alcuni fiocchi biancastri nella pleura dal medesimo lato con rossezza di questa.

Nell' osservazione ora esposta evvi un primo fatto che ci deve far colpo, vale a dire, la impossibilità di riconoscere per mezzo di alcun segno distintivo, du-

rante la vita, la specie di alterazione cui il fegato era stato soggetto. Che troviamo noi, infatti, come sintomo della malattia del fegato? Niente altro che il presentatoci dalle osservazioni precedenti, nelle quali però la lesione organica era assai differente: questi sintomi riduconsi ad un dolore oscuro ed all'itterizia. Quindi, siavi semplice congestione sanguigna del fegato, ipertrofia od atrofia, induramento o rammollimento del suo parenchima, formazione di ascessi o sviluppamento di tumori cancerosi nel suo interno, produzioni di idatidi, ec., non più che sintomi alcuna volta differenti, ma sovente identici, sono il risultamento di queste lesioni tanto diverse fra loro. Non v'ha dubbio che sarebbe più facile e più comodo all'osservatore il poter assegnare a ciascuna di queste lesioni particolari sintomi: il dire, per modo d'esempio, che dolori lancinanti caratterizzano costantemente il cancro del fegato, che le idatidi sono sempre indolenti, ec.: tale, infatti, è il caso più ordinario; ma d'altra parte sonovi cancri del fegato senza dolore, e veggonsi idatidi accompagnate da dolori alcuna volta intensissimi ne' varj periodi della loro esistenza. La cognizione di questi casi di eccezione interessa molto il pratico per la sicurezza del diagnostico.

Un'altra circostanza di questa osservazione che merita molta riflessione, si è l'infiammazione intestinale che qui precedette lo sviluppamento delle idatidi del fegato, come precede il più delle volte lo sviluppo di un'epatite ordinaria, sia acuta, sia cronica. Ricordiamoci, in questa occasione, i casi altrove citati e ne'quali abbiamo veduto ascessi del fegato, idatidi di quest'organo, un'atrofia, e finalmente una degenerazione cancerosa del suo parenchima, svilupparsi sotto l'influenza

di un medesimo ordine di cause, vale a dire, di violenze esterne.

Il dolore fu per lungo tempo il solo fenomeno che rivelò l' esistenza di un' affezione del fegato: questo dolore (osservazione fattaci dal malato) era più forte di notte; fatto che unitamente a molti altri, può valere a dimostrare che questo carattere de' dolori, di aumentare durante la notte, non è proprio solo ai dolori sifilitici. Osservasi sovente, per modo d' esempio, ne' casi di semplici dolori reumatici. È notabile d' altronde che le medesime idatidi il cui sviluppamento nel fegato era stato accompagnato da dolori, non ne determinarono alcuno nella milza.

Sarebbe assai difficile spiegare la produzione dell' itterizia in questo caso, in cui l' affezione del fegato aveva lasciato perfettamente sana la maggior parte del parenchima, e in cui i canali biliari erano pure esenti da ogni lesione.

L' individuo trovavasi nello stato di marasmo e avvicinavasi lentamente alla tomba; nulla però annunziava ancora il suo prossimo fine. Le grandi funzioni, quelle la cui integrità è più essenziale alla conservazione della vita, non erano ancora compromesse. Così la circolazione non era ancora turbata, malgrado il doppio processo patologico onde il fegato e la milza erano sede principale; la respirazione mantenevasi libera; la digestione gastrica (cosa notabile in una malattia di sì lungo corso) eseguivasi convenevolmente. Eravi appetito; la chilificazione pareva compiersi: ma la materia formatasi nell' intestino ed assorbita, era inutilmente portata dal sangue ne' varj organi; essa non assimilavasi al loro tessuto. In questo caso il compimento normale del moto nutritivo generale era impedito dal moto

anormale di nutrizione che operavasi nel fegato e nella milza.

In questo stato di cose un' infiammazione acuta venne ad impadronirsi di una porzione del parenchima polmonare. Così in questo, come in molti altri casi nei quali una pneumonia viene a complicare una malattia cronica, i sintomi della flemmasia furono lungi dall' essere decisi. Non fu osservata alcuna espettorazione caratteristica e nessun dolore, quantunque dopo la morte tracce non dubbie di flemmasia siano state trovate nella pleura; videsi soltanto apparire una grande dispnea, ed oltre a ciò, in questo individuo già estenuato, la flemmasia polmonare determinò una prostrazione subitanea delle forze ed uno stato adinamico, il quale contribuì pure ad aumentare la risipola della faccia. Questi medesimi sintomi vengono le più volte determinati in simile circostanza da una flemmasia gastrica od intestinale.

Non bisogna dimenticare che per lungo tempo il malato andò soggetto ad una diarrea che subentrava ad intervalli alla costipazione. Lo sviluppamento inaspettato delle glandule agminate di Peyer, l' ipertrofia di altri follicoli isolati con apparizione di color nero al loro centro ed alla loro circonferenza, il colore di ardesia di una parte dell'intestino grasso, sono altrettante lesioni che annunziavano lo stato infiammatorio antico del tubo digerente.

XLIV. OSSERVAZIONE.

Idatidi del fegato sviluppate senza sintomi. Peritonite acuta consecutiva all' apertura della tasca idatica nel peritoneo.

Una donna, in età di ventisette anni, venne alla Carità con tutti i sintomi di una tisichezza polmonare già molto inoltrata; caverna, riconosciuta mediante l'ascoltazione, nel lobo superiore del polmone; diarrea, sudori, febbre tisica, poco appetito, senz' altri sintomi dal lato dello stomaco; addomine cedevole ed indolente in tutti i suoi punti. Questa donna avvicinavasi lentamente al termine fatale, quando venne colta tutt'ad un tratto senza causa nota, da un vivo dolore addominale, che la più lieve pressione inaspriva. Nel corso de' quattro giorni che seguirono all' invasione di questo dolore, si vide l'addomine gonfiarsi mantenendosi sempre dolorosissimo; il polso farsi assai frequente e divenire sempre più meschino; la prostrazione giugnere all'ultimo grado. La morte avvenne mentre l' ammalata vomitava della bile verdastra.

Sezione del cadavere.

Sierosità torbida e sparsa di fiocchi, nel peritoneo. Anse intestinali, unite fra di esse da pseudo-membrane bianche, inorganiche, di formazione recente. Sollevato il fegato, non fu poca la nostra sorpresa di trovare alla faccia inferiore, alquanto a destra della vescichetta, una soluzione di continuità che avrebbe potuto ammettere l' estremità di tre dita riunite, e che conduceva ad una vasta cavità piena d' idatidi rotte.

Allora pensammo che la peritonite riconoscesse per causa l' apertura del sacco idatifero nella cavità della sierosa. Un nuovo esame infatti ci fece scoprire gli avanzi di membrane idatiche, nuotanti nella sierosità peritoneale.

Tracce d' infiammazione nella membrana mucosa gastro-intestinale.

Tubercoli a diversi gradi ne' polmoni.

Questa osservazione è notabile sotto due punti di vista.

1.° Essa mostra che le idatidi possono nascere nel fegato, svilupparvisi ed acquistare molto volume, senza produrre specie alcuna di sintomi; e, sotto questo aspetto, non sarà superfluo il paragonare coll' osservazione attuale la precedente, nella quale si vide che queste medesime idatidi avevano prodotto dolore nella regione del fegato ed itterizia. Circa al decadimento dell' ammalata, non possiamo sapere in questo caso qual parte abbia avuto alla sua produzione l'affezione del fegato, in ragione della malattia concomitante dei polmoni. Perchè mai in uno di questi casi vi fu dolore ed itterizia, e nell' altro questi sintomi non esistettero? Le alterazioni organiche erano pure le medesime.

2.° Questa osservazione porge inoltre un esempio di peritonite prodotta dall' apertura nel peritoneo di una cavità formata nel fegato, e dal passaggio nella membrana sierosa de' corpi estranei contenuti in questa cavità. Abbiamo già precedentemente citato un caso di ascesso aperto medesimamente nel peritoneo.

XLV. OSSERVAZIONE.

Idatidi del fegato con isviluppamento notabile di quest' organo e suppurazione secondaria nella cavità idatica. Tumore indolente ed apiretico per lungo tempo; più tardi dolore e febbre.

Un uomo di mezza età venne allo spedale nello stato seguente:

Un tumor rilevante occupava l' ipocondrio destro, non che l' epigastrio, avanzavasi un poco verso l' ipocondrio sinistro, e al basso discendeva fin verso il livello dell'ombilico; all'alto sembrava continuare e perdersi dietro le costole. Questo tumore era liscio, non presentava bernoccolo alcuno; il tatto ed una pressione anche forte non vi producevano dolore. Il malato ci raccontò che da due anni circa erasi accorto dell'esistenza di questo tumore, il quale erasi serbato costantemente indolente ed accresciuto a poco a poco, senza che mai vi fosse turbazione di qualche momento nelle funzioni digerenti. A poco a poco però erasi dimagrato ed aveva perduto le sue forze; il polso non aveva frequenza, la pelle era secca ma senza calore: non vi esisteva traccia alcuna d'itterizia, e il malato ci assicurò di non essere mai stato giallo. Le funzioni respiratorie sembravano nel loro stato normale; la lingua era biancastra; la sete nulla, l' appetito assai buono; le evacuazioni alvine ordinarie. Giudicando dalla situazione del tumore, dalla sua forma, da' suoi rapporti, noi fummo indotti a pensare non esser altro che il fegato in modo insolito sviluppato. L'assenza di qualsivoglia altro sintomo grave ci fece credere che fosse semplicemente in uno stato di ipertrofia.

Lo stato del malato si mantenne presso a poco il medesimo per un mese; *molte applicazioni di mignatte vennero fatte tanto all' ipocondrio destro, come all'ano; furono prescritte frizioni stimolanti su la pelle. Gli vennero pur somministrate pillole purgative.*

Un giorno fummo sorpresi dell' alterazione cui i lineamenti del volto erano stati soggetti; assai bene colorito fino allora, esso era divenuto molto pallido; gli occhi vedevansi attorniati da un cerchio azzurrognolo sensibilissimo; tastammo il polso, e lo trovammo frequente; la pelle non era generalmente calda; cionnondimeno la palma delle mani aveva un calor secco, acre, disaggradevole al tatto. Il malato ci disse allora che da alcuni giorni risentiva all' ipocondrio destro, fino allora indolente, un dolore abitualmente poco vivo, e che, inasprendosi ad intervalli, facevasi allora lancinante; la pressione non lo aumentava; le vie digerenti d' altronde non presentavano nuove turbazioni nelle loro funzioni; nessun altro organo non ci pareva soffe-rente, ed era ben chiaro che la causa del cangiamento in male delle fattezze del volto e del piccol moto febbrile proveniva da un nuovo processo morboso stabilitosi nel fegato, processo di cui il dolore recentemente apparso annunziava l' esistenza. *Una seconda applicazione di mignatte fu fatta all'ipocondrio, che venne poscia coperto da cataplasmi emollienti e narcotici.*

Non ostante l' uso di questi mezzi noi trovammo il dì seguente il dolore all' ipocondrio più forte, ed il moto febbrile più intenso. *Venne praticato un salasso, e l' ipocondrio fu coperto di sanguisughe.* Nei nove giorni seguenti si fece ancora *un salasso al braccio; applicaronsi tre volte le sanguisughe all' ano; vennero posti de' vescicanti alle gambe, poi si fecero delle fri-*

zioni all' ipocondrio destro colla mistura di un' oncia di sugna e di un grosso di tartaro stibiato (*unguento detto d' Autenrieth*).

Nel mese seguente vedemmo a poco a poco il malato indebolirsi: al tempo stesso persistenza del moto febbrile, debole durante il giorno, ma fortissimo alla sera, con brividi ad intervalli e sudori. L' ipocondrio destro serbossi doloroso, l' appetito si perdette, una copiosa diarrea si stabilì, e il malato soccombette pochi giorni dopo l'apparizione di essa.

Sezione del cadavere.

Il fegato occupava tutto lo spazio compreso fra il lembo delle false coste destre in alto ed una linea, che, supposta partire dalla cresta superiore ed anteriore dell' osso ileo, andasse a metter capo verso l'ombilico. Quindi era ben esso che costituiva il tumore riconosciuto durante la vita. In un punto della sua faccia convessa verso il centro del suo lobo destro presentava una fluttuazione manifesta. Là dove questa esisteva, fu trovata a vece del parenchima del fegato una cavità che avrebbe potuto racchiudere due aranci, e che conteneva due materie distinte: 1.° del pus bianco, denso, ben legato, senza odore; 2.° in mezzo a questo pus delle idatidi, alcune delle quali soltanto erano ancora intiere, e il maggior numero, crepate, non consistevano più che in avanzi di membrane rotolate sopra sè stesse. Quelle che erano intiere presentavano la circostanza notevole, che molti punti delle loro pareti erano opache e di un bianco latteo. Vuotata questa cavità dalle varie materie che la riempivano, si

vide che le sue pareti erano coperte da un semplice strato di pus concreto, e che sotto questo strato esisteva il parenchima del fegato, più rosso e più friabile nell' estensione di alcune linee in giro alla cavità, che in qualunque altro punto. Verso il centro del lobo sinistro trovossi una seconda cavità piena d' idatidi ancora intiere. Le pareti di questa cavità erano coperte da una vera membrana mucosa, e intorno ad essa non vedevasi alterazione alcuna valutabile del parenchima epatico.

Milza poco voluminosa e molle.

Rammollimento bianco della membrana mucosa gastrica verso il fondo cieco; piastre rosse sparse nell'intestino grasso.

Nella malattia soggetto dell' esposta osservazione noi troviamo due periodi da distinguere. Nel primo vedesi formare un tumore rilevante all' ipocondrio destro, non avvi d'altronde alcun sintomo grave salvo il dimagramento progressivo e la perdita graduale delle forze. Nel secondo periodo il dolore si manifesta, la febbre si accende, tutte le funzioni si alterano a poco a poco, e la morte segue allo stabilimento di una diarrea. Noi pensiamo che si possa rendere buona ragione de' sintomi di questi due periodi dalle lesioni trovate sul cadavere: sembraci probabile che nel periodo in cui non esistette nè dolore, nè febbre, il fegato non contenesse altro che idatidi; più tardi del pus fu separato in giro a questi entozoarj. Quindi febbre, dolore, e la serie de' sintomi che accompagnano il più delle volte ogni suppurazione. Non è questo il solo caso in cui, intorno alle idatidi, abbiamo veduto svilupparsi varj prodotti nuovi, sia pus, sia materie tubercolose.

Crediamo dover ravvicinare all'osservazione descritta

un fatto che ci venne recentemente comunicato dal nostro amico il dott. Decieux. In quest' ultimo caso, come in quello sopra esposto, una medesima cavità conteneva ad un tempo del pus e delle idatidi.

Un uomo aveva da più di 20 anni ciò ch' ei dice ostruzioni; sette anni fa espulse delle idatidi per la via dell' ano; la sua esistenza era abitualmente penosa. I tre quarti della parte superiore dell' addomine erano occupati da un tumore bernoccoluto la cui posizione era difficile determinare. Due mesi circa innanzi l'epoca in cui questa osservazione viene scritta, il malato risentì vivi dolori all'addomine ed un moto febbrile si accese; sette settimane dopo l' apparizione di questi nuovi sintomi, uno de' bernoccoli più saglienti del tumore divenne fluttuante; il malato vi risentiva vivissimi dolori. Venne fatta un'incisione alla sommità del tumore quattro traversi di dito sotto il margine delle false coste e due dita dalla linea bianca del lato sinistro. Ne uscì per modo di zampillo un tondo di pus ed un liquido bruno simile a quello che incontrasi alcuna volta ne' cisti dell'ovaia; ne uscirono pure delle membrane aventi molti pollici di lunghezza, giallastre, ed affatto simili ad avanzi di idatidi; esse erano molli, friabili, avevano perduta la loro consistenza. Decieux le riguarda infatti come idatidi morte. Ne' quattro giorni seguenti del pus e de' resti d' idatidi colarono in copia fra le labbra dell' incisione. L' onorevole confratello che mi ha comunicato questo fatto interessante valuta due litri circa ciò che è uscito dall'apertura artificialmente praticata. Al tempo in cui ciò è scritto, cola soltanto pus senza mistura d' idatidi. L'addomine è cedevole e poco doloroso; tutte le prominenze sono sparite; il malato è debolissimo, ma non ha febbre; le evacuazioni sono libere.

SEZIONE SECONDA

MALATTIE DELLE VIE ESCRETORIE DELLA BILE.

I varj tessuti che entrano nella composizione delle pareti della vescichetta del fiele, e così pure i canali coledoco, cistico ed epatico, possono essere colpiti simultaneamente da infiammazione acuta o cronica. Questa infiammazione può essere limitata ad un punto più o meno circoscritto della vescichetta o de' canali; può anche invadere tutta l'estensione. Talvolta, sia colla semplice ispezione anatomica, sia collo studio de' sintomi, si è tratto ad ammettere che l'infiammazione delle vie di escrezione della bile sia consecutiva ad una flemmasia del duodeno; tal'altra, pel contrario, nulla prova più questa dipendenza; niente dimostra che il processo flemmasico che ha colpito queste vie di escrezione non sia primitivo. Non è egli così all'esterno? E se, per modo d'esempio, l'osservazione insegna che in un gran numero di casi l'infiammazione delle vie escretorie dello sperma o della saliva è consecutiva ad una uretrite, o ad una stomatite, non si danno egli altri casi in cui vedesi sopraggiugnere sia un'ingorgamento acuto o cronico del testicolo, sia un'infiammazione del condotto di Sthenon e de' canali che lo formano colla loro riunione, senza che siavi stata flemmasia antecedente del canale dell'uretra o della cavità della bocca?

Le alterazioni di tessitura che l'infiammazione determina nelle vie escretorie della bile sono numerose e di più sorta. Primieramente esse possono limitarsi alla

membrana mucosa, od estendersi ai tessuti a questa sottoposti.

La membrana mucosa può ulcerarsi, come Louis ne ha citati de' casi; noi l'abbiamo trovata notabilmente gonfia, ingrossata e in uno stato d'ipertrofia, in conseguenza di varie infiammazioni acute o croniche. Se questo aumento in grossezza non esiste che nella porzione di membrana che cuopre la superficie interna della vescichetta del fiele, non ne risulta fenomeno alcuno particolare; ma non è più lo stesso ne' canali, la cui membrana mucosa non può gonfiarsi senza che ne risulti una loro obliterazione completa od incompleta, durevole o passeggiera.

I tessuti sottoposti alla mucosa possono pure andar soggetti a differenti specie di alterazioni. Nella vescichetta noi li abbiamo trovati infiltrati molte volte di sierosità ed una volta di materia purulenta. Noi li abbiamo veduti in questa medesima vescichetta talvolta rammolliti, profondamente ulcerati o perforati in una alla mucosa, donde risultava uno spandimento di bile nel peritoneo; tal' altra notabilmente ingrossati, indurati e scirrosi; altrove trasformati in tessuti fibrosi, cartilaginosi, o sparsi di piastre ossee; in altri casi finalmente, e in uno che descriveremo più sotto con particolarità, fibre rossastre, di apparenza muscolare, veggonsi su le pareti della vescichetta; un caso simile a quest' ultimo è già stato veduto, prima da Amussat, poi da Louis. Ne' canali epatico, cistico e coledoco il tessuto cellulare sotto mucoso può ugualmente o rammollirsi, distruggersi in una alla mucosa, donde risulta la perforazione di un punto delle loro pareti (veggansi più sotto le osservazioni particolari), od ingrossarsi, indurarsi e divenir causa di obliterazione di

questi canali, a quel modo che nel canale dell' uretra certi induramenti del tessuto cellulare sotto-mucoso ne determinano frequentemente il restringimento.

Vi sono de' casi in cui più non trovasi traccia alcuna della cavità dell' uno o dell' altro de' canali epatico, cistico o coledoco. A loro vece non osservasi più che un semplice cordone fibroso. La cavità della vescichetta può pur diminuire in singolar modo, distruggersi anche affatto, e là dove essa esisteva, accade talvolta di trovare solo un piccol corpo pieno col quale termina il canale cistico esso pure obliterato; la cavità stessa può sparire compiutamente, e la fossa ove trovavasi non essere più occupata che dal tessuto cellulare più o meno condensato.

In altri casi, pel contrario, trovasi la cavità della vescichetta molto più grande dell'ordinario; ciò sembra accadere soprattutto ne' casi in cui, esistendo un' ostacolo al libero corso della bile, questo liquido rifluisce e si accumola nella vescichetta, donde non può più uscire per iscolare nel duodeno.

Questo medesimo aumento in dimensione può ben anche esistere in porzioni de' canali biliari, situate dietro un ostacolo. In un caso particolare, in cui un calcolo turava l' orifizio duodenale del coledoco, noi abbiamo trovato quest' ultimo talmente dilatato nel resto della sua estensione, che il suo diametro uguagliava quello della vena porta.

Tutti sanno che i materiali della bile possono solidificarsi nelle sue vie di escrezione, in modo da formarvi de' calcoli variabilissimi nella loro composizione chimica, nella loro forma, nel loro colore, nelle loro dimensioni, numero, sede, ecc. Non faremo qui punto la storia de' calcoli biliari, giacchè le nostre ricerche

nulla ci hanno insegnato su questo soggetto, che non trovisi già ne' libri. Sottoporremo soltanto all' attenzione de' chimici un calcolo bianco unicamente formato di fosfato di calce, trovato in una vescichetta, il quale intorno a sè stesso non conteneva che un poco di muco. La bile non vi giugneva più da lungo tempo, perchè il canale cistico era trasformato in un cordone fibroso, senza traccia alcuna di cavità.

In un caso che citeremo più sotto, noi abbiamo trovato la vescichetta riempiuta, in luogo di bile, da una quantità grande di pus.

I sintomi cui le differenti alterazioni delle vie di escrezione della bile da noi ora passate in rassegna possono far luogo, sono variabili in ragione della natura e della sede di queste alterazioni.

La vescichetta può essere piena di calcoli ed anche di pus; le sue pareti possono divenir sede di varie alterazioni; la sua cavità può essere notabilmente diminuita, od anche sparita; essa può finalmente cessare di ricevere la bile in conseguenza dell' obliterazione del canale cistico, senza che da veruna di queste lesioni ne risulti, durante la vita, la produzione di qualche fenomeno morboso che le faccia riconoscere.

Distesa oltre misura dalla bile o da altre materie (calcoli, pus, ecc.) la vescichetta può oltrepassare il margine tagliente del fegato e formare un tumore in differenti punti dell'addomine, in cui essa diviene sensibile al tatto. Noi ne abbiamo riconosciuta l'esistenza, 1.° immediatamente sotto il margine cartilaginoso delle coste destre; 2.° più sotto nell' ipocondrio, sia diretta perpendicolarmente al basso, e corrispondente al luogo da essa ordinariamente occupato, sia singolarmente inclinata per indietro o per davanti, facendo, per modo

d' esempio, prominenza nell' epigastrio; 3.º noi l' abbiamo veduta toccare la cresta iliaca ed anche discendere davanti ad essa fin nella fossa dello stesso nome.

Questo tumore così formato dalla vescichetta del fiele può, comparso che sia, non cessar più. In altri casi lo si vede sparire dopo un tempo più o meno lungo. Questa sparizione avviene soprattutto nelle seguenti circostanze: 1.º quando l' ostacolo che opponevasi al corso della bile nel canale coledoco cessa di esistere; 2.º quando la bile, da principio accumulata nel suo serbatoio, vi è poscia riassorbita, e la vescichetta, non ricevendone più di nuovo, tende a uno stato d' ipertrofia; 3.º quando le pareti di questa medesima vescichetta distese e più o meno alterate si perforano, donde ne viene uscita della bile, sia nel peritoneo, sia in un altro organo cavo, colla cui cavità la vescichetta comunica accidentalmente, sia all' esterno, nel caso in cui delle aderenze siano preliminarmente stabilite fra la vescichetta e le pareti addominali, e che queste siano pure infiammate, ulcerate dal di dentro al di fuori, e perforate.

Parlando delle alterazioni diverse che possono colpire il parenchima epatico, abbiamo detto che l' itterizia poteva sopraggiungere in tutte, ma non era necessariamente il risultamento di alcuna. L' osservazione dimostra, pel contrario, che ogni qualvolta avvi obliterazione sia del canale epatico, sia del coledoco, vi è produzione d' itterizia. Questa obliterazione può essere prodotta sia da un corpo estraneo che ostruisca la cavità de' canali, sia da tumori che la comprimano dal di fuori al di dentro, sia da un processo infiammatorio che abbia prodotto l' ingorgamento, l'ingrossamento della membrana mucosa o quello de' tessuti sot-

toposti. Si concepisce che l'itterizia, dipendente dall' obliterazione determinata da una di queste cause, debb' essere, al pari di questa obliterazione stessa, passeggiera o permanente.

Venne pure ammessa un' itterizia, per ispasimo, de' canali biliari; questo spasimo però è stato piuttosto supposto che dimostrato; e, quantunque noi ammettiamo, fondandoci sopra molte osservazioni precedentemente citate, che sotto l'influenza di certe modificazioni del sistema nervoso, il fegato può essere alterato nel suo modo di secrezione in guisa da risultarne un' itterizia, noi pensiamo che la causa della produzione di questa risieda allora nella profondità stessa del parenchima dell' organo, là dove effettuasi la secrezione, e non nelle vie escretorie della bile, la cui contrazione spasmodica ci sembra una pura supposizione.

Risulta d' altronde, qual corollario delle nostre osservazioni, che in un numero grandissimo di casi l'itterizia è prodotta e persiste, più o men lungo tempo, senza che nelle vie di escrezione della bile siavi ostacolo alcuno di rilievo; ciò fu pur notato da Louis.

Le osservazioni seguenti ci mostreranno le lesioni più importanti cui le vie escretorie della bile possono andar soggette, e i varj sintomi che queste lesioni producono.

XLVI. OSSERVAZIONE.

Infiammazione acuta del canale coledoco; obliterazione della sua cavità. Rottura del canale epatico per distensione delle sue pareti. Itterizia con dolore all'ipocondrio destro e tumore in questa medesima regione formato dalla vescichetta. Peritonite.

Un calzolaio, in età di 35 anni, venne allo spedale della Carità li 8 novembre 1821. Sei giorni prima, in seguito ad un eccesso di bocca, venne assalito da un dolore assai vivo alla destra dell'epigastrio, un po' sotto al lembo delle costole. L'indimani egli si avvide che era giallo. Li 9 novembre, settimo giorno, presentò lo stato seguente:

Color giallo delle congiuntive e di tutta la superficie della pelle; dolore ottuso all'ipocondrio destro; al disotto dell'estremità anteriore dell'undecima costa si sente un tumore piriforme, mobile sotto il dito, indolente, la cui grossa estremità oltrepassa un poco il livello dell'ombelico, e la piccola si perde dietro le coste. La lingua è naturale, la sete poco viva, l'appetito nullo, le evacuazioni alvine rare e scolorate. Il polso è frequente, la pelle calda e secca. Noi riguardammo il tumore dell'ipocondrio come prodotto dalla vescichetta ripiena di bile (*Sanguisughe all'ano; siero con acetato di potassa; dieta*).

Ne' quattro giorni seguenti il tumore aumentò; nessun altro cangiamento avvenne. Nella giornata dei 13 novembre, undecima dall'invasione del dolore dell'ipocondrio, il malato fu preso ad un tratto da un dolore più vivo, il quale partendo dalla regione del fegato invase prontamente la totalità dell'addomine.

Quando vedemmo il malato il dì seguente alla mattina questo dolore continuava, la sua estrema acutezza, il suo inasprimento colla più lieve pressione, indicavano sufficientemente che riconosceva per causa un' infiammazione peritoneale; nel tempo stesso faccia pallida, raggrinzata e profondamente alterata; ansietà generale portata al più alto grado; polso piccolo e frequentissimo; estremità già fredde (*Due vescicanti alle gambe; venti mignatte all' addomine*). Morte dopo mezzodì.

Sezione del cadavere.

Il peritoneo era pieno di un liquido purulento; il cui colore, generalmente giallo, facevasi ancor più intenso nel fianco destro. La superficie interna del duodeno presentava un color rosso carico. Il punto in cui aprivasi il canale coledoco, e che ordinariamente non ritrovasi senza averlo prima cercato un poco, era marcato da un piccolo tumore rotondo, avente al suo centro una specie di orifizio capillare, largo una linea al più, ed elevantesi tre linee circa sopra il livello della superficie intestinale. Uno stiletto finissimo, introdotto per mezzo l' apertura che questo tumore presentava al suo centro, non incontrò da principio nessuna cavità. Cionnondimeno, spinto con un poco di forza parve superare un ostacolo, e giunse nel canale coledoco da esso percorso con difficoltà in tutta la sua estensione, come se la cavità ordinaria del canale si trovasse distrutta, e lo stiletto la rifacesse un poco, a misura che spignevalosi con precauzione dall' intestino verso il fegato. Inciso in varj sensi, il canale coledoco infatti non presentò che una cavità quasi impercetti-

bile; le sue pareti erano notabilmente ingrossate; esse avevano d' altronde una friabilità grande e laceravansi col più lieve traimento. Al contrario, i canali epatico e cistico presentavano un aumento notabile di capacità, e così pure la vescichetta. Un poco prima dell' unione di questi due canali, l' epatico offriva una soluzione di continuità irregolarmente tondeggiante e abbastanza larga da ammettere un pisello. Intorno a questa perforazione la tessitura delle pareti del canale non pareva punto alterata. Il tessuto del fegato non presentò nulla di notabile. Lo stomaco aveva alcune piastre rosse, il cui colore risiedeva nella mucosa. Il resto del tubo digerente e gli altri organi parvero sani.

Sono pochi i casi in cui i sintomi osservati durante la vita siano in rapporto così rigoroso colle lesioni trovate sul cadavere. In conseguenza di un deviamento di regime lo stomaco ed il duodeno s' infiammarono; poco apparente nel primo di questi organi, la flemmasia prese nel secondo un più alto grado d' aumento; l' irritazione della mucosa duodenale si propagò, per continuità di tessuto, alla porzione di membrana che copre il canale coledoco. Così infiammansi nell' oftalmia i condotti lacrimali, e nell' uretrite i canali seminiferi. Quindi ingorgamento della membrana mucosa, obliterazione della cavità del canale coledoco, e per conseguenza accumulamento della bile nella vescichetta, formazione del tumore dell' ipocondrio, riassorbimento verisimile di un' altra porzione di bile, e produzione dell' itterizia. Circa al canale epatico, l' eccesso di capacità da esso presentato sembra provare che era stato fortemente disteso dalla bile. Questa distensione fu egli spinta sì lungi da cagionarne la rottura

delle pareti? Si può supporlo a motivo della loro poca grossezza. Un' altra circostanza notabile si è che l' infiammazione, intensissima in tutta l' estensione del canal coledoco, occupava solo questo condotto, e che i canali epatico e cistico ne erano affatto esenti. Altre superficie mucose ci presentano pure frequenti esempj d' infiammazioni, la cui sede trovasi, come in questo caso, esattamente circoscritta. Così in un gran numero di gastriti, la rossezza della mucosa termina in un subito, da una parte al cardias, dall'altra al piloro. Così non è raro vedere una faccia della valvola ileo-ciecale presentare una viva rossezza, mentre l' altra è bianca; questo cangiamento succede ad un tratto. Nessuna gradazione, nessun colore intermedio non separa la parte infiammata da quella che è restata sana.

XLVII. OSSERVAZIONE.

Tumore nell' ipocondrio destro formato dalla vescichetta biliare; dolore in questa regione stessa. Itterizia. Guarigione.

Un uomo di trent' anni circa risentì per due giorni un dolore assai vivo all' ipocondrio destro; poscia divenne giallo. Quando fece il suo ingresso alla Carità, durante la state del 1824, l'itterizia e il dolore all'ipocondrio persistevano. Immediatamente sotto il margine cartilaginoso delle coste, un poco all'indentro d'una linea retta la cui estremità inferiore si fosse supposta corrispondere alla spina anteriore superiore dell' osso ileo, sentivasi un tumore piriforme, mobile, oltrepassante due traversi di dito circa il margine delle coste, dietro le quali esso prolungavasi. Questo tumore ci parve prodotto dalla vescichetta del fiele, che una quantità

grande di bile distendeva oltre misura. Il polso era frequente, e la pelle calda; la costipazione ostinata (*Venti mignatte all' anno ; tisana d' orzo ; lavativi ; pediluvj*). L' indimani la febbre più non esisteva. Ne' tre giorni seguenti il tumore da principio diminuì, poi disparve in una al dolore: l' itterizia si dissipò, le dejezioni alvine si ristabilirono, e l' ammalato non tardò guari ad uscire dallo spedale in buonissimo stato di salute.

Questa osservazione, paragonata colla precedente, ci presenta la più grande analogia sotto l' aspetto del principio della malattia e de' suoi sintomi. Nell' uno e nell' altro caso l' ipocondrio destro è da principio doloroso; esso presenta in breve un tumore circoscritto che è evidentemente la vescichetta del fiele, quindi si manifesta un' itterizia con febbre. Nel primo caso il malato soccombe ad una peritonite, e trovasi nell'ingorgamento infiammatorio del canale coledoco la spiegazione di tutti gli accidenti preesistiti alla flemmasia del peritoneo. Nel secondo caso questi medesimi accidenti si dissipano presentemente sotto l' influenza degli antiflogistici, e il malato è restituito alla salute. L' identità de'fenomeni deve, a quanto mi pare, far qui ammettere l' identità di causa. In questo secondo caso, come nel primo, il dolore ed il tumore dell' ipocondrio, l' itterizia ed il moto febbrile sembraci che debbano attribuirsi all' obliterazione infiammatoria del canale coledoco. Risultamento di una flemmasia acuta, questa obliterazione si dissipò a misura che operossi la risoluzione della flemmasia. Citiamo ora altri casi in cui l'infiammazione, passata allo stato cronico, ha fatto luogo ad un' obliterazione permanente.

XLVIII. OSSERVAZIONE.

Infiammazione cronica de' canali coledoco e cistico; obliterazione della loro cavità per ingrossamento delle pareti; rammollimento e rottura delle pareti della vescichetta. Itterizia. Peritonite sopr' acuta.

Un facchino, in età di 64 anni, venne allo spedale nella seconda quindicina del mese di dicembre 1821. Tre mesi prima quest' uomo era stato assalito, senza causa nota, da vomiti biliosi che continuarono molti giorni. Essi cessarono spontaneamente; ma furono suppliti da una diarrea copiosissima, che durò circa un mese ed estenuò l' ammalato. Verso la metà del mese di settembre il flusso del ventre diminuì, ma le forze non si ristabilirono; l'appetito era presso a poco nullo e gli alimenti difficilmente digeriti. Il malato cominciò ad accorgersi allora che i suoi occhi e tutta la superficie del corpo avevano un color giallo sensibilissimo. Cionnondimeno, quantunque perdesse sempre più le carni e le forze, continuò a lavorare fino agli otto giorni che precedettero il suo ingresso allo spedale. Allora presentò lo stato seguente.

Tutta la pelle aveva un color giallo che tirava un poco al verde; la magrezza era notabile, la lingua allontanavasi un poco dal suo stato naturale, ma eravi anoressia totale, e i pochi alimenti introdotti nello stomaco cagionavano alla regione dell' epigastrio una sensazione di pesantezza e di calore che prolungavasi per molte ore. Le evacuazioni alvine erano rare, di un color grigio-cenerino. L' addomine, palpato con cura, non presentava tumore veruno; in ogni sua parte era

cedevole ed indolente. Il polso, senza frequenza alla mattina e durante il giorno, acceleravasi un poco alla sera. Le mignatte applicate all' epigastrio non resero le digestioni più facili. Un vescicante posto su questa regione fu più efficace. Il malato prendeva per sola nutrizione del latte ed alcune minestre. Quindici giorni dopo il suo ingresso lo stato dello stomaco sembrava essersi migliorato; il moto febbrile della sera era assai meno sensibile; ma l' itterizia continuava, le forze non tornavano; la magrezza aumentava. *Gli fu data acqua di Vichy, siero con aggiunta di cremor di tartaro, pillole di mercurio dolce e di sapone.*

Una mattina ponendosi a sedere il malato risentì ad un tratto come un *laceramento* (era questa la sua espressione) all'ipocondrio destro. Alcuni minuti dopo un vivo dolore manifestossi da principio nel fianco destro, poi nell' addomine. Quando il giorno appresso vedemmo il malato, presentava in modo non dubbio tutti i sintomi di una peritonite acuta. Il modo repentino con che era cominciato, la sensazione di laceramento ben distinta dal malato risentita, c' indussero a credere che questa peritonite riconoscesse per causa una perforazione intestinale (*Trenta mignatte vennero applicate all' addomine*).

Nella giornata il malato declinò rapidamente, e soccombette durante la notte.

Sezione del cadavere.

Una quantità grande di liquido di un grigio sporco, quasi fangoso, vedevasi sparso nel peritoneo già in molti punti coperto di concrezioni membraniformi. Lo stomaco ed il restante del tubo digerente, esaminati

con cura, non presentavano alcuna perforazione. Ma la vescichetta del fiele, ridotta a piccolissimo volume e come in uno stato di atrofia, presentava alla sua faccia inferiore, non lungi dall' estremità, una soluzione di continuità della larghezza di una moneta da cinque soldi circa. La superficie interna della vescichetta non presentava nulla di notabile; ma le sue pareti ci parvero, in tutta la loro estensione, notabili per la loro friabilità. Cercando penetrare dall' interno della vescichetta nel canal cistico, non vi potemmo riuscire. Inciso poscia il canale coledoco, per risalire da questo a quello, riconoscemmo che la cavità di questi due condotti erasi fatta tanto piccola che rendevasi impossibile introdurre il più sottile stiletto. Questa obliterazione quasi totale era un effetto dell'ingrossamento rilevante cui le loro pareti erano state soggette. Il canale epatico, pel contrario, vedevasi sommamente dilatato e pieno di concrezioni biliari. Il tessuto del fegato non presentò alterazione alcuna sensibile. La membrana mucosa dello stomaco era in tutta la sua estensione assai ingrossata, di un grigio ardesia, e come bernoccoluta. Il tessuto laminoso sottoposto e la tunica muscolare partecipavano pure in modo assai sensibile a quest' eccesso di grossezza. Il colore ardesia dello stomaco continuava nel duodeno. Il restante del tubo digerente non presentò alterazione veruna di qualche rilievo. Nulla di notabile negli altri visceri delle tre cavità, salvo un color giallo apparentissimo della dura madre.

Qui pure l' obliterazione quasi totale di una parte de' canali biliari riconobbe per causa probabilissima uno stato infiammatorio di questi canali. La malattia,

in questo come ne'soggetti delle precedenti osservazioni, mostrossi da principio sotto forma di semplice flemmasia gastro-intestinale; come in essi, questa flemmasia propagossi in breve ai canali biliari, e dal loro ingorgamento risultò l' itterizia. Fino ad ora tutto, in questi tre malati, è analogo: ma nel soggetto dell' attuale osservazione l' infiammazione passa allo stato cronico, e dopo molti mesi di durata essa produce un ingrossamento tale de' canali biliari che, se il malato avesse vissuto alcun tempo, l' obliterazione probabilmente sarebbe stata completa e sarebbersi trovati trasformati in una specie di cordone ligamentoso, a quel modo che l' osservazione seguente ce ne porgerà un esempio. L' obliterazione del canale cistico spiega perchè, in questo caso la vescichetta, lungi dall' essere distesa e dal formare un tumore, fu pel contrario trovata ridotta a piccolissimo volume. Le sue pareti rammollite e friabili sembravano d' altronde aver partecipato all' infiammazione, dalla quale i condotti cistico e coledoco erano attaccati; solo il processo infiammatorio, che aveva reso più grosse e più dure le pareti di questi condotti, aveva pel contrario rammollito le pareti della vescichetta. Non maravigliamoci di questi due effetti contrarj dell' infiammazione nelle varie parti di un medesimo tessuto; le membrane mucose ce ne somministrano frequenti esempj. Così, essendo esistiti i medesimi sintomi di flemmasia, trovasi talvolta la mucosa gastrica talmente rammollita ch' essa forma soltanto una specie di polpa inorganica; tal'altra, pel contrario, trovasi più grossa e più dura che nel suo stato normale; sonovi ben anche individui ne' quali veggonsi riuniti questi due stati morbosi nelle varie parti del loro stomaco. La rottura delle pareti rammollite della vesci-

chetta del fiele, entra qui dunque ne' casi della specie di perforazione dello stomaco, in cui la rottura delle pareti di questo viscere non è che l' ultimo grado del loro rammollimento. Rispetto alla sensazione di *lacerazione* dal malato risentita, essa fu pure notata in altri individui in casi di perforazione dello stomaco o della vescica. Ne abbiamo citato altrove alcuni esempj (*Ricerche su la notomia patologica del canale intestinale*).

XLIX. OSSERVAZIONE.

Restringimento del canale coledoco. Obliterazione del canale cistico; dilatazione dell' epatico e delle sue principali divisioni. Stato granuloso del fegato. Gastrite cronica. Itterizia.

Un uomo di 50 anni, dedito ai liquori alcoolici, fece due anni prima di entrare allo spedale una caduta, nella quale l' ipocondrio destro venne violentemente contuso da una barra di ferro. Da questo momento dice di risentire un dolore sordo in questo medesimo ipocondrio; egli non può assegnare in modo preciso il tempo nel quale cominciò a farsi giallo.

Stato del malato al momento del suo ingresso allo spedale (agosto 1825): colore affatto giallo delle congiuntive e di tutta la superficie cutanea; ascite; infiltrazione de' membri inferiori; dolor sordo abituale nell' ipocondrio, in cui d' altronde non sentesi tumore alcuno, e neppure nel restante dell' addomine; anoressia; nessun vomito; evacuazioni alvine scolorate; orine nere.

Ne' giorni seguenti, medesimo stato; polso un poco frequente, debole, regolare; poi indebolimento graduale; tendenza all' assopimento. Il giorno prima della

morte, evacuazione di materie nere liquide per vomito e per secesso.

Sezione del cadavere.

Sierosità limpida e gialla, senza traccia veruna d'infiammazione nel peritoneo, fegato avente un piccolo volume, di colore verdaceo, assai denso, presentante un numero grande di granulazioni sparse alla sua superficie esterna, e così pure nell'interno del suo parenchima. La vescichetta del fiele è vivamente distesa da un liquido sieroso lievemente colorato di giallo; il suo collo come pure il canal cistico, non presentano più traccia alcuna di cavità. I principali rami che colla loro riunione costituiscono il canal epatico, e questo canale medesimo, sono estremamente dilatati e pieni di una bile gialla densa. Partendo dalla congiunzione de' canali epatico e cistico, il canal coledoco si restringe molto fino al duodeno; uno stiletto può nondimeno esservi ancora introdotto e penetrare nel duodeno.

Un liquido nerissimo riempie lo stomaco; la sua superficie interna ha un colore d'ardesia per una gran parte della sua estensione, e la sua membrana mucosa è bitorzolata, il duodeno vedesi sparso da un gran numero di piccoli punti neri; tutto l'intestino tenue è riempiuto da un liquido, che in molte parti è nero come quello dello stomaco, in altre rosso, e sembra manifestamente sangue; sotto questo liquido la membrana mucosa è pallida.

Nulla di notabile negli altri visceri dell'addomine.

Ingorgamenti sanguigni parziali, con color nero e durezza del parenchima, in molti punti del polmone (apoplessia polmonare di Laennec). Uno di questi ingor-

gamenti ha la sua sede alla sommità estrema del polmone destro.

Infiltrazione rossiccia del tessuto cellulare sotto-aracnoideo della convessità degli emisferi.

Sierosità rossiccia nel canale toracico.

L' alterazione di tessitura delle vie escretorie della bile è qui complicata con un'alterazione del parenchima stesso del fegato (*Diminuzione di volume*, *aumento in densità; granulazioni*). L' ascite provenne da questa alterazione del parenchima; vi ebbe itterizia, comechè l' obliterazione del canale coledoco non fosse totale; esso era soltanto sommamente ristretto. Il punto di partenza di queste varie alterazioni sembra risalire alla caduta fatta su l' ipocondrio destro.

Qui, d' altronde, noi troviamo ancora una gastrite cronica, e inoltre una punteggiatura nel duodeno.

Noteremo le esalazioni sanguigne che, ne' varj tempi della vita, occorsero simultaneamente nel tubo digerente, ne' polmoni, e nella pia madre.

L. OSSERVAZIONE.

Trasformazione de' condotti coledoco e cistico in cordoni fibrosi; atrofia del fegato. Antica itterizia con ascite.

Un uomo di 50 anni venne alla Carità verso il principio del mese di dicembre 1820. Già da sette mesi era attaccato da itterizia. Egli assicurava di non aver mai risentito dolore in verun punto dell' addomine; da tre mesi circa questo aveva cominciato a gonfiarsi. Quando questo malato venne assoggettato al nostro esame, tutta la pelle, e così pure la congiuntiva, presentava

un color giallo che alla superficie tirava al verde. Esisteva un' enorme ascite. I membri addominali trovavansi solo in uno stato di lieve edema. Le funzioni digerenti non presentavano nessun' altra alterazione che una mancanza abituale di appetito ed una costipazione ostinata; le evacuazioni alvine erano poco consistenti, e affatto scolorate. L' orina poco copiosa e verdastra. Apoplessia completa. Gli organi toracichi parevano sani. La difficoltà di respirazione, non grande, sembrava dipendere unicamente dalla compressione esercitata sul diaframma, dal liquido del peritoneo. Noi credemmo dover attribuire l'ascite ad un' affezione del fegato (*Tisana e pozioni diuretiche; pillole di calomelano e di sapone; frizioni alle membra con tintura di digitale*).

Nel corso de' successivi dieci giorni lo stato del malato non presentò cangiamento veruno; poi i lineamenti del volto alteraronsi a poco a poco, ed egli soccombette ad un tratto.

Sezione del cadavere.

Encefalo generalmente molle, come inzuppato di sierosità senz'altra lesione. Organi toracichi affatto sani. Peritoneo riempiuto da enorme quantità di sierosità limpida, giallo-citrina, non presentante traccia alcuna d' infiammazione.

Il fegato è notabile pel suo piccolo volume; esso è come appassito; il suo colore avvicinasi molto al grigiolino dell' oliva; del resto ha la sua consistenza ordinaria, e il suo tessuto non presenta verun' altra alterazione sensibile. Dagli orifizj divisi de' canali biliari, contenuti nell' interno del fegato, cola in abbondanza

una materia di un bel verde, simile alla resina della bile, quando è stata isolata dagli altri principj costituenti questo liquido. I rami principali che colla loro riunione formano il canale epatico, e questo canale medesimo sono considerabilmente dilatati e riempiuti da grumi di materia gialla, quali ottengonsi al momento in cui vengono precipitati dalla bile mediante l'acido nitrico. Il canale epatico presenta una consimile dilatazione sino al punto della sua riunione col cistico. Quest' ultimo condotto, come il coledoco in tutta la sua estensione, è trasformato in un cordone legamentoso, nel quale la dissezione più esatta non può far iscoprire alcun resto di cavità. — La vescichetta del fiele, ridotta a piccolissimo volume, è modellata sopra una concrezione ineguale, formata dalla materia gialla indurita. La milza è voluminosissima. Tutti gli altri organi, specialmente il tubo digerente, sembrano essere nel loro stato fisiologico.

In questo malato l' obliterazione di una parte de' condotti biliari era maggiore che ne' precedenti. I canali cistico e coledoco non costituivano che semplici cordoni legamentosi, senza traccia alcuna di cavità. Circa all' etiologia di questa specie di obliterazione, essa è più oscura che ne' casi sopra citati, e solo per analogia si può qui ammettere l' infiammazione qual causa verisimile dell' obliterazione de' condotti biliari. Se questa infiammazione ha esistito, essa è stata sorda, latente; e nulla prova che la flemmasia del canale coledoco sia stata, come ne' casi precedenti, consecutiva ad una flemmasia gastro-intestinale. Non volendo cadere in errore è bene di sempre assegnare il li-

mite che separa ciò che è soltanto probabile da ciò che è dimostrato.

Noi qui non faremo che indicare molte altre circostanze interessanti di questa osservazione, come la differenza di aspetto dalla bile presentata nelle piccole divisioni e ne' grossi rami del canale epatico, la specie d'isolamento de' due principali elementi di questo liquido (materia resinosa e materia gialla); lo stato particolare del fegato, simile a quello da noi già trovato in molti ascitici; la specie di compensazione che esisteva fra la piccolezza del fegato e l'enorme volume della milza; finalmente la morte impensata del malato. Questo genere di morte quasi subitanea, senz'agonia, senza turbazione antecedente delle funzioni del polmone o del cervello, è tutt'altro che rara negl'idropici, in quelli soprattutto la cui idropisia combina con uno stato del fegato simile a quello ond'è qui discorso. In questo caso, come in molti altri, la causa immediata ci sfugge intieramente.

LI. OSSERVAZIONE.

Trasformazione del canale cistico in cordone fibroso. Dilatazione notabile del canale coledoco, senza esistenza di ostacolo alla sua estremità duodenale. Calcoli di fosfato di calce nella vescichetta. Fegato voluminoso e granuloso. Ascite. Nessuna itterizia. Pericardite latente.

Un droghiere, in età di 50 anni, ebbe a sostenere violenti dispiaceri nel 1815; egli allora fu ridotto a totale rovina per conseguenza di cattive speculazioni. Da questo momento la sua salute, fino allora buona, si alterò; ebbe un'itterizia passeggiera, poscia

un' ascite. Nel 1816, venne due volte operato colla paracentesi; ma ciascuna volta il liquido si riprodusse con grande rapidità. Nei 9 anni seguenti la sua salute è stata costantemente cagionevole; nel 1817 l' ascite è sparito spontaneamente, e mostrossi sol pochi mesi prima che l'ammalato venisse allo spedale (1825).

Quando lo vedemmo, un tumore voluminoso esisteva nell' ipocondrio destro; sentivalosi fino ai dintorni dell' ombilico; esso non era mai stato doloroso. L' addomine, notabilmente enfiato, era sede di una fluttuazione manifesta. Le estremità non sono edematose; lo furono una sola volta nel 1816. Lingua naturale, appetito conservato, polso piccolissimo, alquanto frequente; tosse e respirazione breve da un anno.

Questo malato trovavasi allo spedale da pochi giorni; aveva ancora della forza; alzavasi e passeggiava nelle sale, quando la mattina dei 4 agosto venne trovato in uno stato comatoso; estremità fredde, polso insensibile. — Morte due ore dopo la visita.

Sezione del cadavere.

Notabile abbassamento dell' addomine che nella penultima visita avevamo trovato ancor gonfio. Noi trascurammo di esaminarlo alla visita dei 4 agosto. Dimagramento della faccia e delle membra.

Cranio. Aderenze cellulose della tela aracnoidea che copre la dura-madre con quella estendentesi sopra le parti superiori e laterali degli emisferi cerebrali; tessuto cellulare sotto aracnoideo infiltrato da una quantità notabile di sierosità; trovasene pur molta ne' ventricoli laterali che restano assai distesi dopo fattosene uscire il liquido che contenevano.

Torace. Antiche aderenze cellulose delle pleure costale e polmonare; numerosi tubercoli miliari al centro de' lobi superiori di ciascun polmone, il cui tessuto d' altronde è sano e crepitante. Pericardio disteso da tre bicchieri di un liquido rosso, simile al sangue che esce da una vena. Tutta la superficie interna del pericardio è coperta da false membrane soprapposte. Quelle che trovansi in contatto immediato col liquido sono da esso colorate; presentano un aspetto areolato, molto simile a quello del secondo ventricolo degli animali ruminanti. In altre parti esse sono rugose e piene di asprezza. Il cuore stesso è sano.

Addomine. Il peritoneo non contiene gran quantità di sierosità. Il fegato è intimamente unito, per mezzo di false membrane, da una parte al diaframma, e dall' altra alla milza, allo stomaco ed al colon. False membrane dense tolgono alla vista la vescichetta del fiele, la quale, ridotta a piccolissimo volume, non contiene che poche mucosità filanti e tre piccole concrezioni di un bianco pallido, che l' analisi chimica ci ha dimostrato formate di fosfato di calce. Il canale cistico era trasformato in un cordone fibroso sino alla sua imboccatura nel canale epatico: al punto di congiunzione di questi due canali esisteva un piccol calcolo simile ai calcoli biliari ordinarj. Il canale epatico presentava il suo aspetto normale; ma il coledeco aveva una capacità per lo meno tripla di quella che comunemente presenta; aprivasi liberamente nel duodeno. Un tessuto duro avente più linee di spessore, di aspetto scirroso, vedevasi interposto fra il peritoneo che ricopre le due facce del fegato e la membrana propria di questo viscere, la quale, sotto questo tessuto accidentale appariva qual linea leggiermente ondulata. Il fegato

voluminosissimo oltrepassava di più traversi di dito il lembo delle coste; esso estendevasi fino all'ipocondrio sinistro. Inciso in varj sensi presentava dovunque un tessuto di notabile densità, di un bianco grigio e sparso di moltissime granulazioni, le quali sporgevano molto sopra un fondo più rosso di esse.

La milza era voluminosissima, di consistenza mediocre; macchie rosse nel duodeno esistenti nella mucosa. Altri organi sani.

Quantunque questa osservazione sia incompleta sotto molti aspetti, essa presenta nientemeno un interesse sotto più punti di vista. Noterassi da prima che qui non vi fu punto itterizia; infatti, il canale cistico era solo obliterato. La bile non giugneva più nella vescichetta, la quale conteneva soltanto del muco e delle concrezioni affatto estranee per loro natura ai calcoli biliari. Quale si fu la causa della dilatazione notabile del canale coledoco? La sua cavità ingrandì forse, onde supplire la vescichetta, e riempiere in una parte della sua estensione le funzioni di una specie di serbatoio? Osserviamo in appoggio di questa idea che in molti animali, i quali non hanno punto la vescichetta del fiele, e che in uomini, i quali ne erano privi, venne trovata tale dilatazione del canale coledoco.

Abbiamo trovato più spesso un consimile ingrandimento della cavità dei canali biliari dietro un calcolo che ostruiva un punto della loro estensione. Tra altri casi di questo genere, citeremo quello di un individuo nell' età di più di 60 anni, la cui vescichetta ed i cui canali biliari contenevano un gran numero di calcoli. Molti erano accumulati verso l'estremità duodenale del canale coledoco, e ne ostruivano compiutamente l'orifizio. Questo, veduto nel duodeno, era più apparente

dell' ordinario, e presentava nel suo contorno una specie di cercine che rammentava la disposizione dell' ano. Dietro questo ammasso di calcoli, il canale coledoco era andato soggetto ad una dilatazione tale, che il suo diametro eguagliava per lo meno quello della vena porta. Dicasi lo stesso dei canali cistico ed epatico. I rami che davano origine a quest' ultimo, ripieni di calcoli, erano anche talmente dilatati che uno di essi, aperto, poteva ricevere nella sua larghezza l' indice ed il medio riuniti.

Questa osservazione presenta pure un esempio della coincidenza di uno stato comatoso prontamente terminato dalla morte, colla sparizione subitanea del liquido di una idropisia, senza stabilimento di alcuna evacuazione supplementaria (Vegg. ciò che abbiamo già detto su questo soggetto in uno dei volumi precedenti).

Le false membrane che attorniavano il fegato e che l' univano a molte parti vicine, non sono state qui annunziate nella loro formazione da verun dolore acuto. La lesione del pericardio non fu meno oscura. I tubercoli polmonari non potevano essere annunziati da niun segno caratteristico.

LII. OSSERVAZIONE.

Infiammazione cronica della vescichetta biliare. Concrezioni ossee, e sviluppo di fibre di apparenza muscolare nello spessore delle sue pareti. Induramento del parenchima epatico.

Un vetraio, in età di 59 anni, contrasse due anni circa prima del suo ingresso allo spedale una diarrea, la quale dopo essere continuata un certo tempo si complicò d' ascite, di edema ai membri inferiori e

d' itterizia. Quando noi vedemmo il malato l' ipocondrio destro era teso e leggiermente doloroso. Egli accusava di tempo in tempo vivi dolori alla spalla destra. La sua lingua era naturale, la sete viva, l' appetito da lungo tempo nullo. Eranvi alternative frequenti di costipazione e di diarrea. Talvolta le evacuazioni alvine erano affatto scolorate; tal' altra gialle e brune.

Nel corso delle tre prime settimane del soggiorno del malato nello spedale, non sopraggiunse cangiamento alcuno di rilievo; poi la diarrea, sospesa da qualche tempo, ricomparve abbondantissima. La febbre si accese, la lingua diseccò e si fece nera; un dimagramento sensibilissimo sopraggiunse; il malato cadde in una prostrazione sempre maggiore, nè tardò guari a soccombere.

Autopsia del cadavere.

Sierosità limpida nell' addomine.

Fegato indurato e di color verdastro carico. Esso era formato da tessuto ben distinto; 1.° un tessuto bianco verdastro occupante maggiore spazio dell'altro, e disposto in larghi strati irregolari (tessuto bianco ordinario in uno stato d'ipertrofia); 2.° un tessuto verde intenso, analogo al tessuto rosso ordinario, che circoscriveva la linea bianca. Il canale epatico era sano, e così pure il coledoco. Un calcolo situato verso la metà del canale cistico, ne obliterava la cavità. La vescichetta non conteneva che un poco di muco; la sua superficie interna presentava, in luogo della sua reticella ordinaria, un aspetto che rammentava affatto quello delle vesciche a colonne; questa superficie era bianca. Le pareti di tale vescica erano formate dal di dentro in fuori: 1.° dalla membrana mucosa, poco inspessita, liscia, separa-

bile dai tessuti sottoposti; 2.° da un tessuto densissimo come fibro-celluloso, sparso di alcune piccole concrezioni ossee che sentivansi attraverso la mucosa sollevata. In molti punti, ed all' infuori di questo tessuto, scorgevansi fibre rossastre disposte in fascetti; erano esse rudimenti di muscoli?

Rammollimento grigio di una parte della membrana mucosa gastrica; ulcerazioni con fondo e margini brunastri verso la fine dell' intestino tenue e nel cieco. Rossezza livida intorno ad esse; rossezze sparse con rammollimento in molti punti del colon. Milza voluminosa e molle.

Abbiamo descritto questa osservazione, soprattutto, come quella che dà un esempio di alterazione assai notabile nella tessitura delle pareti della vescichetta del fiele. Vi si vede in prima un cangiamento notabile d'aspetto della membrana mucosa, un cominciamento di deposito di materie ossee al disotto di essa, ciò che rammenta i casi nei quali si è veduta un' ossificazione totale delle pareti delle vescichette; finalmente, uno sviluppamento di fibre di apparenza muscolare, disposizione già stata indicata da Louis (*), e che è stata pure veduta da Amussat.

Noi qui non torneremo sul genere di alterazione del parenchima epatico, e sui sintomi che ne risultarono, perchè non sapremmo ripetere che quanto fu detto più sopra. Impegniamo soltanto il lettore a paragonare soprattutto questa osservazione colla decima quarta, che presenta una lesione del fegato affatto identica e accompagnata dai medesimi sintomi.

(*) *Recherches anatomico-pathologiques*, ecc., di M. Louis, pagina 393.

LIII. OSSERVAZIONE.

Suppurazione all' interno della vescichetta biliare. Cancro del parenchima del fegato. Peritonite acuta indolente.

Una donna, in età di 47 anni, madre di 18 figliuoli, ebbe la scabbia sei mesi prima di entrare allo spedale; per l'addietro aveva goduto di una buona salute. Questa affezione continuò un mese, poi disparve dopo ch' ella si ebbe fatte le frizioni con una mistura di olio d'oliva, di solfo e di un giallo d' uovo. Tre mesi dopo la sparizione di questa eruzione, cominciò a risentire dolori all' ipocondrio destro. Portatavi la mano, fu sorpresa di vedervi un tumore già voluminoso. Cionnondimeno essa continuò a lavorare; ma ciascun giorno dimagrava. La faccia, fino allora assai ben colorata, prendeva un color giallo paglierino che facevasi sempre più sensibile, le sue forze diminuirono rapidamente. Ella sentiva di tempo in tempo dei brividi, che nulla avevano di regolare nè nel ritorno, nè nella durata. Questi brividi non erano mai seguiti da sudore. Da tre mesi soltanto i mestrui hanno cessato di mostrarsi. Fino all'epoca del suo ingresso allo spedale, vennero opposti al suo male solo dei cataplasmi emollienti applicati all'ipocondrio destro.

Stato del malato al momento del suo ingresso. — Color giallo paglierino del volto, ancora bastevolmente in carne; forze muscolari assai ben conservate; palpando l'addomine, la mano si approfonda agevolmente nell'ipocondrio sinistro e nel fianco dal medesimo lato; ma in queste medesime parti a destra incontrasi un corpo resistente, duro, liscio alla sua superficie, che pare oltrepassare l' ombilico, senza che si possa dire positiva-

mente il punto preciso in cui si cessa di sentirlo, prolungandosi in alto, dietro le coste che sono leggiermente respinte in fuori. La pressione è dolorosa, soprattutto quattro a cinque traversi di dito alla destra dell' appendice xifoide, ove pare che si sentano alcune prominenze. Sentimento abituale di amarezza alla bocca; anoressia completa; non mai nausee, nè vomiti; lingua naturale, una evacuazione per seccesso ordinaria ciascun giorno; color bruno verdastro di esse evacuazioni; polso piccolo e frequente; pelle secca, senza calore; respirazione libera, orina assai copiosa e limpida; legger edema in giro ai malleoli (*Empiastro di Vigo con mercurio su l' ipocondrio destro; pillole di squilla*).

Quindici giorni dopo il suo ingresso, l' ammalata venne assalita da un brivido violento seguito da calore ardente.

Contando da questo giorno le forze diminuirono rapidamente, i lineamenti del volto si alterarono; la voce si spense; il polso, frequentissimo, aveva una piccolezza estrema. Le tisane cominciarono in breve ad esser vomitate. L' addomine si gonfiò senz' essere più doloroso alla pressione dei giorni precedenti. L' ammalata spirò vomitando una materia liquida di un verde nerastro.

Sezione del cadavere.

Stato sano degli organi del cranio e del torace.

Addomine. Una quantità assai rilevante di sierosità torbida e lattescente è sparsa nella cavità peritoneale; pseudo-membrane molli, biancastre, inorganiche ricoprono la superficie esterna dell' intestino e le pareti addominali.

Il fegato, sviluppatissimo, prolungasi fin presso la regione iliaca destra. Esso risale in alto, fino nell' intervallo che separa la sesta dalla quinta costa. La sua faccia superiore presenta un gran numero di strati bianchi, di forma irregolare, fra i quali il suo tessuto ha conservato il colore ordinario.

La maggior parte di essi non isporgono sopra il parenchima epatico; alcuni però sì; e formano lievi prominenze che avrebbono potuto sentirsi traverso le pareti addominali. Il tessuto del fegato inciso presenta nella sua grossezza un gran numero di masse bianche, molte delle quali, situate alla superficie dell'organo, producono gli strati sopra descritti. Queste masse sono formate da una materia bianco-grigia, dura, solcata in molte parti da vasi capillari. Molte di queste masse sono rammollite al loro centro. Dove esiste questo rammollimento osservasi una poltiglia di un grigio sporco, ed in alcuni punti rossa. Il più grosso di questi tubercoli cancerosi ha il volume di una mela; i più piccoli hanno presso a poco la grossezza di una nocciuola. La porzione del fegato che occupa l'ipocondrio sinistro, in luogo di presentare come il resto dell' organo masse cancerose isolate e separate da un tessuto sano, è trasformata quasi per intiero in un tessuto duro, grigiastro, semi-trasparente.

Rovesciando il fegato d' alto in basso, si lacera una larga borsa situata sotto la faccia inferiore dell' organo. Da questa borsa cola un pus bianco, cremoso, *molto diverso dal liquido risultante dal rammollimento delle masse cancerose.* A questa borsa mette capo il canale cistico; e dalla sua situazione e da quest' ultimo rapporto non si può non ravvisare la vescichetta del fiele riempiuta di pus che è stato separato dalla sua mem-

brana mucosa infiammata. Il canale epatico è voluminosissimo e pieno di bile; il canal coledoco non presenta nulla d' insolito.

La membrana mucosa gastrica è rammollita e rossastra in tutta l' estensione del fondo cieco; la superficie interna del duodeno è punteggiata di nero.

Questa osservazione non presenta la medesima serie di sintomi come quelli che già abbiamo veduto accompagnare varie affezioni cancerose del fegato (veggansi le osservazioni qui sopra menzionate). Non eravi nè itterizia, nè ascite, ma solo presenza di un tumore doloroso nell' ipocondrio destro.

Ciò che questa osservazione presenta di particolare si è l' esistenza di una quantità grande di pus nella cavità della vescichetta del fiele che era stata da esso distesa. Questo pus avrebb' egli potuto essere evacuato dall' intestino traverso i canali biliari?

Noterassi ancora che la peritonite acuta che pose fine ai giorni dell' ammalata non fu annunziata da dolore veruno.

CLINICA MEDICA

OSSERVAZIONI

SU LE MALATTIE

DELL' ADDOMINE

LIBRO III.

OSSERVAZIONI SU LA PERITONITE.

SEZIONE PRIMA

PERITONITI ACUTE.

Nelle osservazioni che seguiranno cercheremo di fermare soprattutto l' attenzione: 1.° sopra alcuna delle cause produttrici, il più delle volte, dell' infiammazione al peritoneo; 2.° sui varj sintomi che svelano

l' esistenza di questa flemmasia; 3.° su l' andamento di essa, che in alcuni casi è talmente acuta da lasciar correre poche ore fra l' epoca dell' invasione della malattia e quella della morte, mentre in altri casi la peritonite, sempre acuta pe' suoi sintomi, diviene mortale sol dopo trenta in quaranta giorni.

CAPITOLO PRIMO

PERITONITI ACUTE TERMINATE COLLA MORTE.

PRIMA OSSERVAZIONE.

Un ragazzo di quindici anni e mezzo, di debole costituzione, che non presentava segno alcuno di pubertà, incisore in rame, erasi dato, la mattina del 30 aprile 1821, a' suoi lavori consueti; egli ebbe fatto colezione come il solito. Verso le due dopo mezzodì risentì ad un tratto al fianco destro un dolore assai vivo, che lo obbligò a mettersi a letto. Alla notte questo dolore si estese all' ipocondrio destro ed all' epigastrio; occorsero vomiti, e il malato cadde rapidamente in una prostrazione grande. Questi gravi sintomi continuarono ne' due giorni seguenti, durante i quali egli si tenne a letto e a dieta, e bevette acqua inzuccherata. Assoggettato per la prima volta al nostro esame, li 2 maggio, presentò lo stato seguente.

Faccia pallida, esprimente la più viva ansietà; occhi tristi, attorniati da un cerchio azzurrognolo apparen-

tissimo; facoltà intellettuali e sensorie intatte; addomine teso, renitente, divenente per mezzo della più lieve pressione sede d'intollerabili dolori, che fannosi sentire più violenti in tutto il lato destro dell'addomine; nessuna fluttuazione sensibile. Vomiti frequenti di bile di un verde porraceo, costipazione; lingua umida e bianchiccia; polso di mediocre frequenza, di forza ordinaria e regolare, pelle calda ed arida (*Salasso di dodici once, trenta mignatte su l'addomine, fomentazioni emollienti, due semi-serviziali di infuso di semi di lino, con aggiunta di due once d' olio di mandorle dolci, tisana di orzo con emulsione*). Il sangue estratto dalla vena presentò un largo coagulo cotennoso. I dolori furono un poco diminuiti durante la giornata; alla notte il malato gustò di un lieve sonno.

L' indimani, 3 maggio, altre venti sanguisughe al ventre. I vomiti cessarono nella giornata. Li 4 maggio, sesto giorno, l' espressione più naturale della faccia, la diminuzione sensibile de' dolori addominali, la frequenza minore del polso, il sollievo che il malato stesso diceva di sentire, tutto indicava un notabile miglioramento. Cionnondimeno la tensione dell' addomine continuava; la peritonite adunque non era risolta, ma pareva tendere allo stato cronico (*Semplici tisane e fomentazioni, dieta*). Nella giornata lo stato di miglioramento si sostenne; la pelle coprissi per la prima volta di una temperata umidità, e in breve di un sudore copioso; questa evacuazione che coincideva con un miglioramento sensibile di tutti i sintomi, poteva essere considerata qual moto critico salutare. Nel corso della sera la temperatura, elevatissima durante il giorno, si abbassò tutto ad un tratto: il vento, entrato attraverso delle fenestre aperte, colpì il malato. L' indimani, ot-

tavo giorno, egli era morente. La faccia era andata soggetta dal giorno precedente in poi ad un' alterazione sì profonda, che appena era riconoscibile: tutta la pelle era fredda, le estremità livide e gelate; il polso non batteva più; la respirazione, alta, precipitata, non eseguivasi che col moto delle coste. Ad ogni momento veniva vomitata della bile, in piccola quantità ciascuna volta. La lingua conservava la sua umidità, e l' intelligenza tutta la sua chiarezza. Due ore dopo la visita il malato più non esisteva.

Sezione del cadavere
fatta ventidue ore dopo la morte.

Le estremità conservavano la colorazione livida che presentavano alcun tempo innanzi la morte. Non eravi lesione alcuna valutabile nel sistema cerebro-spinale; i ventricoli laterali del cervello contenevano, nella loro parte inferiore, una piccolissima quantità di sierosità. I polmoni, posteriormente ingorgati, erano del resto, sani e crepitanti. Il cuore presentava un aspetto fisiologico: le sue cavità destre e sinistre contenevano coaguli fibrinosi, polipiformi, intrecciati fra le colonne carnose, prolungantisi ne' differenti vasi.

Levate via le pareti addominali si osservò che gl' intestini tenui erano distesi da una quantità grande di gaz. Il peritoneo che li copriva, presentava una notabile injezione, senza traccia di materia alcuna separatasi. Ma, sollevato il fascio intestinale, trovaronsi il fianco destro e la regione iliaca del medesimo lato, riempiuti da un liquido bianco come latte, del quale aveva l' aspetto: questo medesimo liquido era accumulato nell'escavazione del bacino, e così pure nel fianco

sinistro. Finalmente, le due superficie dello stomaco, il colon ascendente, le anse dell' intestino tenue prolungate nel bacino, le superficie convesse del fegato e della milza, come pure le porzioni di diaframma corrispondenti, erano coperte da concrezioni biancastre, membraniformi, che non presentavano ancora traccia alcuna di organizzazione. Il colon trasversale aderiva alla gran curvatura dello stomaco per mezzo di briglie albuminose che avevano già una grande consistenza.

La superficie interna dello stomaco era bianca, tranne in cinque o sei parti, ciascuna delle quali aveva, termine medio, la larghezza di una moneta da sei soldi, e in cui appariva una rossezza assai viva ascrivibile al conglomeramento di piccoli vasi injettati; in ogni dove, ed anche in queste parti rosse, la membrana mucosa aveva la grossezza e la consistenza che costituiscono il suo stato fisiologico. L' intestino tenue fu trovato bianco in ciascun punto. La milza era piccola e soda.

Questa osservazione presenta un caso di peritonite acuta esente da ogni complicazione, ed accompagnata da sintomi ben chiari. Qui non fuvvi prodromo alcuno, alcuno di quegli stati intermedj fra la salute e la malattia. Il primo fenomeno morboso che apparisce è il dolore: da prima parziale, esso divenne presto generale e assai vivo, accompagnato da un' angoscia abbastanza rilevante per costringere l' ammalato a porsi tantosto a letto: questo dolore ha d' altronde tutti i caratteri di quello che spetta all' infiammazione del peritoneo; la tensione del ventre senza fluttuazione valutabile, l' esistenza di copiosi vomiti senz' altro segno di affezione della membrana mucosa gastrica, l' alterazione stessa

affatto speciale de' lineamenti del volto confermano pure il diagnostico. Cionnondimeno, in mezzo a questo stato assai grave, il polso, mediocremente frequente e di forza ordinaria, non annunzia nulla di pericoloso; non sarebbesi trovato diverso nel caso del più lieve accesso di febbre; esso è lungi dall' aver quella concentrazione e quella piccolezza che dicesi appartenere al polso della peritonite, e che effettivamente trovasi in questa flemmasia: prova, fra mille altre, che non mai da un segno solo puossi avere il diagnostico di una malattia qualunque. Io credo che in caso simile a questo tutta la scienza dei Bordeu e dei Fouquet, relativamente al polso, non avrebbe avuto successo. È egli da dire che la considerazione delle pulsazioni arteriose manchi d'importanza? No certo; ma ciò che non bisogna perdere di vista si è che le indicazioni da esse somministrate in più di un caso sono assai inesatte: infatti, questa asserzione è dimostrata vera; in teorica, non sarebbe meno ammissibile, poichè nella peritonite, come in ogni malattia, il turbamento della circolazione è puramente un risultato di simpatie, e queste devono infinitamente variare sotto il triplice aspetto della loro esistenza medésima, della loro natura ed energia. Ciò che d' altronde l' osservazione ha fatto noto si è, che ogni organo infiammato modifica in modo speciale le pulsazioni del cuore, sia nella loro forza, sia nella loro frequenza, sia nel loro ritmo; d' onde ne segue che ciascuna specie di flemmasia è le più volte accompagnata da tal polso anzi che da tal altro. Così nulla di meno simile nella più parte de' casi, come il polso della pneumonia paragonato a quello della gastro-enterite, oppure, il polso della pleurisia paragonato all' altro della peritonite; non è però meno vero che si prende-

rebbero grossi abbagli, se non si fosse ben persuaso, che a lato a queste regole generali esistono assai numerose eccezioni.

Quando il malato venne allo spedale la sua situazione era gravissima: sotto l'influenza di una cura antiflogistica energica avvenne un miglioramento notabile. Il sesto giorno l'infiammazione non era risolta, potevasi nondimeno sperare che fosse per guarire o passare allo stato cronico, quando, consecutivamente ad un'interruzione subitanea della traspirazione cutanea, divenuta abbondantissima dappoi che il miglioramento era avvenuto, la peritonite riprese un nuovo grado di acutezza e trascinò rapidamente il malato al sepolcro. La sezione del cadavere ci mostrò ciò che trovasi ordinariamente ne' casi di peritonite recente e il cui progresso è stato acutissimo, vale a dire, del pus e delle concrezioni membraniformi non ancora organizzate. Chi potrebbe d'altronde assegnare un termine preciso all'epoca in cui comincia questa organizzazione? Sonovi de' casi, in cui venti ore soltanto dopo il principio di un'infiammazione del peritoneo si è potuto seguire ed injettare dei vasi sviluppati in seno alla concrezione fibrinosa, divenuta un tessuto vivente; vi hanno altri casi, in cui molti mesi dopo l'invasione della peritonite non venne trovata traccia alcuna di organizzazione negli strati membraniformi. Certo non devono mancare le cause di queste differenze: certo il grado dell'infiammazione, la natura della materia effusa, molte condizioni locali o generali che ci sfuggono, esercitano molta influenza su la rapidità più o meno grande dell'organizzazione delle pseudo-membrane; ma per quanto siamo sicuri che questi varj effetti implichino l'idea di

cause differenti produttrici di essi, noi non siamo ancora al punto di determinare queste cause. Ed intanto fino a che questa determinazione non sia fatta, che sapremo noi? Niente altro, salvo che sotto l'influenza di una congestione sanguigna variabile in intensità i prodotti più differenti possono aver origine. D'onde viene però questa differenza? Non possiamo dirlo, almeno nel più gran numero de' casi; cionnondimeno gli è chiaro, che ciò appunto è il più importante da penetrarsi; poichè la sola considerazione della congestione sanguigna ci conduce ad una cura unica, puramente diretta contro essa, e che al pari di quella può solo variare in intensità. Altre viste terapeutiche nascerebbero verisimilmente dalla conoscenza delle cause sotto la cui influenza, esistendo una medesima congestione sanguigna, avvi specialità ne' prodotti di questa.

II. OSSERVAZIONE.

Un acconciatore di tetti, nell' età di diciott' anni, pelle bruna, capelli castagni, muscoli poco sviluppati, dimorante a Parigi da due anni, godeva abitualmente di buona salute. Li 2 marzo 1820, senza causa nota, egli cominciò a risentire assai vivi dolori addominali che ne' giorni seguenti continuarono. Questi dolori non erano continui e non occupavano sempre i medesimi punti del ventre, ora investendo la totalità, ora manifestandosi solo sia nell' uno o nell' altro ipocondrio, sia ne' fianchi, sia al disotto e intorno alla regione ombellicale. Egli non uscì di stanza, senza però mettersi a letto e curarsi comunque ne' cinque giorni seguenti, dai 2 ai 7 di marzo; in questo intervallo di tempo

vomitò più volte. Venuto li 8 alla Carità, la mattina dei 9 (settimo giorno della sua malattia) presentò lo stato seguente:

Faccia scolorata, sufficientemente tranquilla; forze muscolari ben conservate; ventre teso, renitente, senza fluttuazione valutabile, presentante in ogni sua parte una viva sensibilità che il lieve movimento o contatto inasprisce. Indietro, dai due lati della colonna vertebrale, al livello delle ultime coste, la percussione è dolorosissima. Il polso è piccolo, frequentissimo, un poco irregolare; la pelle secca e calda; avvi ad un tempo stesso amarezza della bocca, patina giallastra della lingua, costipazione. Malgrado il tempo già assai lungo decorso dall' invasione della malattia, i sintomi di peritonite erano ancora abbastanza acuti, perchè si potesse sperare qualche successo dalle emissioni sanguigne (*Trenta sanguisughe su l' addomine, due semi-lavativi di radice di gramigna, con aggiunta di una mezz' oncia di olio di mandorle dolci in ciascuna fomentazione emolliente su l' addomine, tisana di lino, pozione oleosa*).

Il malato trovossi sensibilmente sollevato dopo l' applicazione delle mignatte.

La mattina dei 10, ottavo giorno, il ventre era meno teso e molto men doloroso. Il polso piccolissimo, batteva centoquaranta volte per minuto. Le bevande erano state più volte vomitate. Due evacuazioni erano occorse (*Otto mignatte all' ano*).

Ne' tre giorni seguenti i vomiti cessarono; i dolori addominali, eccitati di bel nuovo il giorno 11 mediante una pressione alquanto forte, non facevansi più sentire il 12 mediante la stessa pressione. Il polso conservava la sua frequenza, ed una copiosa diarrea

erasi stabilita. In ciascuno di questi due primi giorni vennero applicate otto mignatte all' ano. Cionnondimeno la peritonite che il dolore più non annunciava, era ancora sufficientemente caratterizzata dalla tensione e dalla renitenza del ventre, il quale però non presentava fluttuazione valutabile. — Li 13 furongli accordati due brodi.

Li 14, dodicesimo giorno, il ventre, altamente gonfiato, era tornato doloroso. L' ipogastrio fu coperto da ventiquattro sanguisughe, e il dì seguente questa recrudescenza di dolore era cessata, al pari del meteorismo. Cionnondimeno la frequenza del polso non diminuiva e la diarrea persisteva; la faccia era abitualmente rossa ed umida. — Il quattordicesimo giorno, dietro le vivissime istanze del malato, gli fu data una crema di risi. Un' ora dopo la visita egli annunziò che avrebbe lasciato lo spedale se non gli si accordava maggior nutrizione. Infatti si alzò, si vestì, e fece con passo assai fermo un breve tragitto nella sala. Ricondotto al suo letto e fattosi più tranquillo, nel restante della giornata non presentò nulla d' insolito. Alla sera cominciò a vomitare; tutta la notte mandò grida acute, e morì la mattina del 17, quindicesimo giorno contando dalla prima apparizione de' dolori. Non si può sapere se si fosse procurato degli alimenti.

Sezione del cadavere.

Intime aderenze univano il peritoneo parietale allo splenico. Gl'intestini erano tenacementa coperti da grossi strati bianchi, membraniformi, non ancora presentanti rudimento alcuno di organizzazione. Al disotto di essi, una vivissima injezione colorava il tessuto cellulare in-

terposto fra la membrana sierosa e la tunica musculare degl'intestini. Le pseudo-membrane che riunivano questi ultimi circoscrivevano fra esse degli spazj di mediocre grandezza, i quali contenevano un liquido latteggiante. Questo liquido esisteva in grande copia nell' escavazione del piccolo bacino, ne' due fianchi, e tra la faccia superiore del fegato e del diaframma.

Nessuna falsa membrana copriva lo stomaco mediocremente da gaz disteso. La sua superficie interna era pallida, la sua mucosa era di spessore e consistenza ordinarie; medesimo stato dell' intestino tenue. Plesso di Peyer apparente sotto forma di punti neri conglomerati. La mucosa dell' intestino grasso, ugualmente bianca, era sparsa da un numero grande di piccoli punti neri isolati fra di essi, ed attorniati da leggier elevazione della mucosa (*Follicoli*).

I polmoni, sani, erano notabili per la mancanza totale d'ingorgamento. Nessuna lesione di qualche rilievo ne' centri nervosi.

In questo malato la peritonite ebbe, fin dal suo cominciamento, una fisionomia, se così puossi dire, diversa da quella descritta nell' osserv. 1.ª. In questa i dolori giunsero in un subito al loro maximum d'integrità, e ad un tratto furono accompagnati dai più gravi sintomi. Nell' osservazione attuale vi fu bensì, in una ai primi dolori, qualche vomito, ma il malato non andò a letto; se ebbe ad un tratto della febbre, questa fu leggiere, i suoi dolori sparivano ad intervalli, e quando ritornavano, ciò non succedeva sempre ne' medesimi punti; a questi caratteri, essi avrebbero potuto agevolmente riguardarsi per semplici dolori detti reumatici o nervosi, i quali, notabili per la loro intensità, non sono del re-

sto il più delle volte accompagnati da verun altro sintomo pericoloso. È mestieri sapere che tale è il principio di un certo numero d'infiammazioni delle membrane sierose; così ne' casi di aracnoidite la cefalalgia precede sovente di molti giorni tutti gli altri sintomi; così, nel tomo secondo di quest' Opera, noi abbiamo citato casi di pleurisia, ne' quali gli ammalati non ebbero ugualmente da principio che dolori mobili ed intermittenti in molti punti delle pareti toraciche, senza che questi dolori fossero su le prime accompagnati da tosse, da dispnea o da febbre; in seguito però facevansi costanti, stabili in un punto, e allora manifestavansi i sintomi ordinarj della pleurisia. Quando vedemmo il malato, il dolore peritoneale era eccessivo; immediatamente dopo un' applicazione di mignatte all' addomine esso diminuì; e due giorni dopo, quantunque gli altri sintomi di peritonite continuassero, più non esistette; l' apparizione di una diarrea copiosa coincise colla cessazione del dolore. Cionnondimeno la guarigione era lungi dall' essere conseguita; era questo uno di que' casi in cui avvi passaggio dallo stato acuto al cronico; tale passaggio effettuavasi solo più prontamente dell'ordinario. Quest' individuo è da annoverarsi fra quelli ne' quali abbiamo veduto la peritonite, dopo essere stata intensissima, sparire con somma prestezza, senza che questa sparizione coincidesse con un miglioramento notabile degli altri sintomi. Veggasi poscia con quanta facilità si risvegliò questo dolore, che era in certo modo soltanto assopito. La prima volta esso fu ancora rivelato da un' applicazione di mignatte; la seconda volta questa applicazione non fu fatta; il ritorno del dolore e de'vomiti succedette ad una forte emozione morale e ad un esercizio momentaneo fatto dal malato.

Questa nuova ricaduta lo trascinò al sepolcro, e sarebbe certo assai agevole il dire che, in questo caso, essa fu la cagione della morte, poichè, poche ore prima di soccombere, egli aveva ancora sufficienti forze, e la sezione del cadavere non mostrò lesione che nel peritoneo; i polmoni in particolare non furono neppur trovati ingorgati. Così questo individuo passò, senz'agonia, dalla vita alla morte in mezzo ad atroci dolori, annunziati dalle grida incessanti che mandò nelle ultime ore della sua esistenza. Egli non morì di debolezza, poichè, poche ore prima della sua morte, ebbe bastante forza da vestirsi da sè stesso, da alzarsi e mettersi in cammino.

Si può ben convincersi in questo caso che i vomiti che accompagnano sì spesso la peritonite ne' suoi varj periodi sono lungi dall'esser sempre legati ad una flemmasia gastrica: infatti il malato vomitò fino al momento della morte, cionnondimeno la membrana mucosa dello stomaco venne trovata perfettamente sana. Notisi ben anche quanto poco fosse apparente l'alterazione degl' intestini (semplice ipertrofia de' follicoli con colorazione nera in cerchio intorno ad essi), quantunque una copiosa diarrea esistesse da molti giorni. Finalmente potrassi trovare nei vani numerosi che vedevansi, in seno ai quali era come imprigionato il liquido effuso, una causa dell' oscurità della fluttuazione, in più di un caso di peritonite, in cui, come nel caso attuale, la collezione purulenta o sierosa era ancora assai rilevante. Qui d' altronde noi non troviamo ancora nelle pseudo-membrane traccia veruna di organizzazione, cionnondimeno la morte occorse nel diciassettesimo giorno.

III. OSSERVAZIONE.

Un fabbricatore di specchi, in età di diciannov'anni, maneggiò del mercurio durante il verno del 1822, e dormì in una camera che ne conteneva; i suoi membri non tardarono guari ad essere assaliti da tremori assai forti, che cessarono spontaneamente quando il malato cangiò lavoro ed occupazione. Cionnondimeno egli conservava uno stato di debolezza generale; non aveva appetito. Li 29 giugno, senza causa nota, venne assalito da dolori addominali e da vomiti. Il primo luglio ci presentò lo stato seguente:

La faccia, pallida e rugosa, esprimeva la più viva ansietà: il malato non soffriva quando non toccavasi l'addomine, ma la più lieve pressione eccitava atroci dolori. L'addomine era teso, gonfio nel tragitto del colon, senza fluttuazione sensibile. La lingua era rossa ed un poco secca, la sete viva; una quantità piuttosto grande di bile verde era stata vomitata in più riprese nelle ultime ventiquattr'ore; non erano occorse dejezioni per secesso da due giorni. Il polso era frequente e piccolo, la pelle secca e calda (*Salasso di sedici once all'istante; trenta mignatte su l'addomine alle quattro della sera; due once di olio di ricino da prendersi a cucchiaiate; soluzione di sciloppo di gomma acidulato col succo di cedro, quattro semi-lavativi emollienti, un semicupio, fomentazioni emollienti su l'addomine*).

Il sangue estratto dalla vena si unì in un largo coagulo coperto da sottile cotenna; il malato vomitò ancora della bile verde durante la giornata, ed ebbe cinque in sei dejezioni alvine.

Li 2, quarto giorno, l' espressione della faccia era molto più naturale. La lingua aveva perduto la sua rossezza; il polso, debole, era solo mediocremente frequente, e il calore della pelle moderato: una traspirazione assai copiosa era occorsa durante la notte, ma il dolore e la tensione dell' addomine non erano diminuiti. Quindi i sintomi generali eransi emendati, comechè i locali persistessero in tutta la loro intensità (*Sessanta mignatte su l' addomine*).

Fino all' indimani il malato ebbe nausee, ma non vomitò: una sola evacuazione alvina in seguito a ciascuno de' due semi-lavativi che gli venner dati. In conseguenza dell'applicazione delle sanguisughe, egli cadde in uno stato di debolezza estrema; il polso, appena sensibile, acquistò molta frequenza; le estremità si fecero agghiacciate, e l' indimani mattina l' alterazione profonda delle fattezze, la prostrazione notabile in cui trovavasi, sembravano annunziare prossimo il suo fine (*Un' oncia di olio di ricino*, *bevande e fomentazioni emollienti*; *senapismi alle gambe*).

Nel corso della giornata le forze si riebbero, e la mattina dei 4 luglio, sesto giorno, eravi un miglioramento notabile: lineamenti del volto piuttosto animati; addomine men doloroso; polso meno frequente e meno debole; ritorno del calore alle estremità; sei dejezioni alvine per opera dell' olio (*Bevande*, *fomentazioni*, *lavativi emollienti*). Un sudore copioso sopraggiunse durante la notte; per la prima volta il malato gustò un poco di sonno.

Settimo giorno, il miglioramento continua; faccia esprimente calma; pressione piuttosto forte su l' addomine senz' aumento di dolore.

Dall' ottavo al decimo quarto giorno i sintomi di

peritonite acuta parvero emendarsi sempre più: addomine ciascun dì meno teso e men doloroso; fluttuazione oscura; polso mediocremente frequente, e calore della pelle poco elevato; cessazione delle nausee e de'vomiti; desiderio di alimento; diarrea (cinque a sei evacuazioni per secesso in ventiquattr' ore). Contando dal dodicesimo giorno soltanto, una lieve nutrizione gli venne accordata: *Una crema di risi e due brodi.* Dal quattordicesimo al ventiquattresimo giorno l' addomine diminuì di volume e si fece quasi indolente; continuazione della diarrea; sempre un poco di frequenza nel polso. Durante tutto questo tempo il malato non prese che delle creme di risi, de' brodi. — Il venticinquesimo giorno, accordatagli una panata, venne rigettata, e i dolori addominali si rinnovarono; essi sparirono sotto l' influenza di una dieta severa prolungata per alcuni giorni.

Nel corso dei dodici primi giorni del mese di agosto l' addomine si fece sempre più cedevole: premuto, sia per davanti o indietro, sia lateralmente, esso non era più doloroso; il polso non aveva più che una leggierissima frequenza, e il calore della pelle era naturale; la diarrea moderavasi; il malato prendeva per sola nutrizione nel giro di ventiquattr'ore una crema di risi, due brodi. — Quest' individuo era giunto al quarantacinquesimo giorno della sua peritonite e tutto pareva annunziare una terminazione felice, quando ebbe l' imprudenza d' interrompere il regime severo cui era assoggettato, mangiando una coscia di pollastro: allora vomiti, nuova apparizione di una diarrea copiosa e di una febbre intensa. — Nella notte dal quarantacinquesimo al quarantesimo sesto giorno, dolore vivo al lato sinistro del torace. La mattina del

quarantesimo sesto giorno esso persiste, e al tempo stesso la respirazione è breve, accelerata; il malato tosse senza sputare, e duolsi di sentirsi affogare. Cionnondimeno l' addomine non è nè più teso, nè più doloroso; il malato, le cui forze eransi insensibilmente rialzate da quindici giorni, è ricaduto nell'ultimo grado di prostrazione. La percussione del petto fece conoscere una sonorità minore a sinistra indietro, nell' estensione presso a poco del lobo inferiore del polmone di questo lato: per questa medesima estensione udivasi una mistura di rantolo mucoso e crepitante (*Salasso di dodici once*).

Nei due giorni seguenti i sintomi dal lato del petto si emendarono; il malato non dolevasi più di oppressione: cionnondimeno la sua respirazione era notabilmente più corta che prima dell' ultima sua ricaduta; d' altronde la percussione e l' ascoltazione continuavano ad annunziare l' ingorgamento infiammatorio di una parte del polmone sinistro. Questa pneumonia restò latente pel corso dei 15 giorni seguenti (fine del mese di agosto). D' altronde le forze riavevansi assai poco; il polso conservava della frequenza; era ben evidente che quest' individuo trovavasi sotto l' influenza di una flemmasia cronica, con sintomi locali poco apparenti. Al principio di settembre egli commise nuove imprudenze sotto l' aspetto del regime; procacciossi una violenta indigestione, mangiando una quantità grande di cattiva uva. In 68 ore la sua faccia prese un aspetto cadaverico, le sue estremità si raffreddarono, il polso cessò di battere, e morì senz' agonia, conservando tutta l' integrità delle sue facoltà intellettuali.

Sezione del cadavere.

Le circonvoluzioni intestinali erano riunite da false membrane, molte delle quali avevano già l'aspetto celluloso; vi si vedevano già numerosi vasi a ramificarsi; altre più molli, e che parevano essere di formazione più recente, ricoprivano la faccia convessa del fegato; un pus denso riempiva i lati e l'escavazione del bacino. La superficie interna dello stomaco, del duodeno, del digiuno e dell'ileo, fino a quattro o cinque traversi di dito sopra la valvola ileo-ciecale, era pallida e senz'alterazione sensibile. In quest'ultima estensione esistevano quattro larghe ulcerazioni con fondo bianco, formate dal tessuto laminoso, e con margini alquanto brunastri, al medesimo livello del fondo. Fra esse la mucosa era bianca. Un'altra ulcerazione del medesimo aspetto, avente il diametro di una moneta da 30 soldi, esisteva immediatamente al disotto della valvola ileo-ciecale. Nel resto dell'intestino grasso la membrana mucosa era pallida, di consistenza e grossezza ordinarie.

La milza era poco voluminosa e densa. Il lobo inferiore del polmone sinistro, impermeabile all'aria, presentava una mistura d'induramento rosso e grigio. Nulla di rilevante negli altri organi.

La malattia, soggetto di questa osservazione, ci presenta quattro periodi da considerare: 1.° quello in cui la peritonite ebbe cominciamento e progredì in modo acuto; 2.° il periodo del passaggio di questa flemmasia in uno stato cronico; 3.° un altro periodo durante il quale spariscono in apparenza tutti i sintomi della perito-

nite; 4.° finalmente, l' ultimo periodo compreso fra il momento dell' invasione della pneumonia e quello della morte.

Nel primo periodo è da notarsi l' invasione rapida del dolore addominale, che acquistò in un subito la sua più grande intensità; i vomiti, che coincidevano in questo caso con una lingua rossa e secca, cosa che non esisteva nelle due osservazioni precedenti: il miglioramento graduale dei sintomi sotto l' influenza di copiose emissioni sanguigne; lo stato di debolezza grave in apparenza, in cui cadde il malato in seguito alla seconda di queste emissioni, ma che si dissipò prontamente, e fu seguito da miglioramento notabile nei sintomi così locali che generali della peritonite.

Nel secondo periodo veggonsi i vomiti cessare, il dolore sparire, ma l' addomine conservare un grado di tensione, il quale annunzia che la flemmasia peritoneale esiste tuttora. Un fatto che ci sembra importante si è la facilità con cui, in conseguenza di un leggier aumento di alimenti, la peritonite tornò momentaneamente allo stato acuto.

Più tardi, la tensione stessa dell' addomine disparve; tutto pareva annunziare che eravi risoluzione di peritonite; cionnondimeno l' autopsia del cadavere, fatta lungo tempo dopo quest' epoca, dimostrò ancora gravi alterazioni nel peritoneo, vale a dire, del pus sparso ancora in varj punti della cavità di questa membrana. Rispetto alle aderenze cellulose, esse erano indizio della guarigione della flemmasia: noi ne abbiamo trovate delle simili in individui, i quali, molti anni prima, avevano avuto tutti i sintomi di una peritonite acuta onde erano guariti, e al tempo in cui li vedemmo più non accusavano dolore alcuno nell' addomine. Se d' altronde

queste aderenze erano assaissime, se univano intimamente fra loro tutte le anse intestinali, si concepisce che potrebbe risultarne, da una parte, modificazione nella forma del ventre, tensione abituale della cavità addominale, d' altra parte, turbazione più o men grande delle funzioni digerenti. Checchè ne sia, dall' osservazione attuale trarremo la conseguenza che, quando in una flemmasia acuta o cronica del peritoneo tutti i sintomi locali sono spariti, l' alterazione del peritoneo non ha perciò in tutti i casi cessato compiutamente di esistere; ciò d' altronde è applicabile alle infiammazioni di tutti gli organi; pochi sono quelli nei quali la anatomia patologica non abbia dimostrato che un resto di lesione può sopravvivere ai sintomi locali che l' annunziavano. Che ne vien egli allora? Le più volte, in mancanza di questi sintomi, l' organo sofferente continua ad influire viziosamente sia su la circolazione, donde persistenza di uno stato febbrile più o meno apparente, sia su la nutrizione, donde mancanza di riacquisto delle forze e delle carni. Cionnondimeno essendo sparito ogni sintomo acuto, si crede che l' individuo sia convalescente; ma è ancora lungi dall' esserlo, e allora il più lieve deviamento di regime, la più piccola imprudenza occasiona una ricaduta che ridesta la flemmasia soltanto ammortita, non ispenta.

Nel nostro malato questo deviamento di regime occorse; ma, cosa singolare! non fu già l' organo primitivamente sofferente che ne risentì una dannosa influenza; quindi i sintomi di peritonite non riapparvero. E non fu neppure la membrana mucosa intestinale che venne attaccata; ma mostraronsi tutti i segni di una pneumonia acuta che passò prestamente allo stato cronico, e

sarebbesi creduta guarita, al pari della peritonite, senza il soccorso dell' ascoltazione e della percussione.

In questo stato di cose, in cui molti organi trovavansi ad un tempo cronicamente malati, la più lieve scossa insòlita su l' economia, il più piccolo urto impresso a questa macchina già in molti punti alterata, bastò a distruggerla, arrestando verisimilmente il movimento complessivo del sistema nervoso già da lungo tempo deviato dal suo stato normale. Come mai spiegare altrimenti il modo onde questo individuo morì, in conseguenza di un secondo deviamento di regime, e senza che d' altronde siansi veduti in modo alcuno inasprirsi i sintomi della triplice affezione del polmone, dell' intestino e del peritoneo?

Non termineremo queste riflessioni senza far notare le ulcerazioni esistenti verso la fine dell' intestino tenue, e combinate con un'antica diarrea, la quale era cessata solo per intervalli, dappoi che, nel principio della peritonite, era stato amministrato olio di ricino. Paragonisi ora lo stato dell' intestino in questo malato e nel precedente che pure aveva avuto diarrea: il modo d' alterazione è ben diverso.

IV. OSSERVAZIONE.

Peritonite cagionata da violenza esterna.

Un operaio ai porti, di mezza età e di forte complessione, riceve una calciata di cavallo sull' addomine nei dintorni dell' ombellico; non succede soluzione alcuna di continuità; formasi un' ampia ecchimosi sul punto colpito e in giro ad esso; il malato ha immediatamente più vomiti, e tre ore circa dopo l' accidente risente

dolori addominali vivissimi. Venuto diman l' altro alla Carità, egli presenta tutti i sintomi d' una flemmasia acuta del peritoneo: addomine teso, gonfio nel tragitto del colon, talmente doloroso che il peso delle coperte non può essere tollerato; vomiti frequentissimi di bile porracea; costipazione; faccia pallida e raggrinzata; polso frequentissimo, miserabile; pelle senza calore. Questo malato pareva in tale stato di prostrazione che Lerminier non giudicò conveniente praticare una cavata di sangue generale; egli prescrisse 30 *mignatte su l' addomine, due vescicanti alle gambe, lavativi e fomentazioni emollienti.* Nelle 24 ore seguenti nessun emendamento ebbe luogo, ed il malato soccombette tra il quinto ed il sesto giorno.

Sezione del cadavere.

Effusione di un sangue nerastro, mezzo coagulato, fra le fibre dei muscoli delle pareti addominali. Il peritoneo che ricopre tali pareti è sollevato da questo medesimo sangue e colorato da esso alla sua superficie esterna: la cavità del peritoneo è riempiuta di un liquido simile a siero non chiarificato, in mezzo a cui nuotano fiocchi biancastri, molti dei quali sono estesi in istrati sur un gran numero di anse intestinali, sul colon ascendente e discendente, su lo stomaco e sul fegato. In cinque o sei luoghi di queste concrezioni membraniformi osservansi punti rossi distintissimi, ed in altre parti linee rossastre. Sotto le pseudo-membrane il peritoneo presenta un' injezione assai viva, la quale sembra risiedere soprattutto nel tessuto cellulare situato al disotto di esso. La superficie interna del tubo digerente non presenta alterazione veruna di qualche rilievo,

come neppure gli altri organi. I reni presentano soltanto una estrema pallidezza; la vescica è vuota di orina.

Questa osservazione è notabile per la causa sotto la cui influenza la peritonite si sviluppò, per la rapida successione dei sintomi, e per la terminazione sì prontamente mortale della malattia. Qui non vi ebbe complicazione veruna; gli accidenti e la morte furono unicamente il risultamento dell' infiammazione del peritoneo, o, parlando più esattamente, del turbamento simpatico che questa infiammazione determinò nel sistema nervoso; quindi ne venne il subitaneo annientamento delle forze, la sottrazione del sangue nei capillari della pelle, la sospensione della calorificazione, la debolezza delle pulsazioni del cuore, le quali nel tempo stesso che le forze diminuivano facevansi ognora più frequenti. Quindi, la produzione del calore cutaneo non dipende unicamente dalla rapidità della circolazione. D' altronde i centri nervosi sono modificati solo in un cert' ordine delle loro funzioni: poichè fino all' ultimo momento anche i polmoni non presentano turbamento alcuno nell' accompimento delle loro funzioni; talchè, senza essere stata da principio alterata, senza intermedio veruno fra lo stato sano e morboso, la respirazione si spegne ad un tratto unitamente alle pulsazioni del cuore, e la vita sparisce così, senza che trovisi alterazione veruna sensibile negli organi, la cui apparente integrità sembrerebbe dover essere una guarentigia della sua conservazione.

Abbiamo fatto osservare in una delle precedenti osservazioni la mancanza totale di organizzazione in alcu-

ne delle pseudo-membrane trovate in un caso di peritonite, la quale era già molto antica. In questo caso, pel contrario, in cui l'invasione della flemmasia aveva una data assai più recente, i punti e le linee rosse trovate in seno a molte concrezioni membraniformi attestavano un processo di organizzazione che cominciava ad effettuarsi: questo fatto d'altronde parmi dimostri irrefragabilmente che la parte rossa del sangue può formarsi nel centro stesso delle false membrane, e non vien loro necessariamente arrecata dai vasi della sierosa allungantisi nella pseudo-membrana.

V. OSSERVAZIONE.

Peritonite la cui invasione coincide colla sparizione di un reumatismo articolare. Effusione rossa nel peritoneo. Vizio di conformazione della vescica.

Un uomo di 57 anni, che aveva un' antica incontinenza di orina e da tre mesi una diarrea ad intervalli, era assalito da un reumatismo articolare acuto con febbre, quando venne alla Carità sul principio del mese di novembre 1821. Noi vedemmo successivamente, fino ai 16 novembre, varie articolazioni farsi gonfie e dolorose. Vennero praticati molti salassi. Li 17, i due carpi e la spalla sinistra erano sede del reumatismo; il moto febbrile persisteva; fino allora, del resto, nulla aveva annunciato l' affezione di altri organi. Nella giornata le articolazioni ora indicate cessarono in un subito di essere dolorose e gonfie; nessun' altra non divenne ammalata; ma, per la prima volta, vivi dolori si fecero sentire nell' addomine; essi aumentarono per tutta la notte, e l' indimani mattina 18, erano talmente

intensi che strappavano fuori le grida all' ammalato; la pressione non li inaspriva, nè li diminuiva. La faccia, scolorata, esprimeva la più viva ansietà; il malato dolevasi di aver freddo, e infatti la temperatura della pelle era pochissimo elevata; il polso frequentissimo conservava un poco di durezza. Questo nuovo complesso di sintomi rassomigliava a ciò che gli antichi medici indicavano col nome di *metastasi reumatica.* La principale indicazione da compiersi pareva il richiamo della irritazione alla sua sede primitiva. Con tale scopo vennero applicati successivamente de' cataplasmi senapizzati sopra varie articolazioni, nel tempo stesso che delle mignatte furono poste in gran numero su l' addomine; poscia il malato venne posto in un bagno caldo; frizioni stimolanti furono fatte su le membra, e alla sera due vescicanti applicati su le cosce. Ma questi varj mezzi dovevano riuscire inutili, e l' indimani mattina 19, lo stato del malato era peggiorato in singolar modo: il dolore addominale era portato in tutti i punti del ventre all' ultimo grado d' intensità; esso aumentava colla pressione e col più lieve tocco, ciò che non succedeva il giorno innanzi; inoltre l' addomine aveva acquistato un notabile aumento e vi si sentiva una fluttuazione evidente. Alcune nausee erano occorse senza vomiti. Il polso, sempre frequentissimo, aveva perduto la sua durezza e presentava alcune intermittenze. Il malato morì la notte dal 19 al 20, prima della fine del terzo giorno contando dall' invasione de' dolori addominali.

Sezione del cadavere.

Appena incise le pareti addominali videsi fuggire

traverso l' apertura un fiotto di liquido di color rosso intenso, in mezzo al quale nuotavano alcuni fiocchi biancastri. Tutto il gran fascio degl' intestini era colorato in rosso, ed alla superficie di molte anse vedevansi depositate delle concrezioni membraniformi ugualmente colorate. Il liquido che riempiva il peritoneo rassomigliava in tutto al sangue appena estratto dalle vene; d' altronde nulla osservavasi che rassomigliasse a coaguli, e non trovossi alcun vaso grosso aperto. All' interno del tubo digerente non incontrossi altra lesione che uno sviluppamento apparentissimo dei follicoli della fine dell' intestino tenue, del cieco e del principio del colon; questi follicoli erano limitati da un cerchio nero, e al loro centro esisteva un altro punto nero. Inoltre nella grossezza delle pareti del colon ascendente esisteva una cisti sierosa avente il volume di una nocciuola, sviluppata fra la tunica carnosa e la membrana mucosa da essa sollevata.

La sommità della vescica era sormontata da un'ampia borsa ovoide, la quale, prolungandosi dietro il fascio degl' intestini tenui, era aderente colla sua estremità superiore alla terza porzione del duodeno: distruggevasi agevolmente questa aderenza dipendente da false membrane molli, le quali parevano essere di formazione recente. Nell'interno questa borsa aveva un aspetto analogo a quello della vescica, e nelle sue pareti potevansi seguire le varie tuniche che trovansi ordinariamente nella vescica; solo le fibre della tunica muscolare erano poco sviluppate e frammiste a molto tessuto cellulare. Questa specie di vescica sopra-numeraria comunicava colla normale per mezzo di un' apertura ristretta da un grosso cercine, il quale contribuiva a formare la mucosa, e specialmente il tessuto cellulare

densissimo: si sarebbe ritenuta, a prima giunta per la valvola pilorica. Alla parte destra del contorno di quest' apertura esisteva un' altra piccola borsa la quale avrebbe potuto contenere una noce, e che comunicava ugualmente colla vescica normale; essa era separata dalla gran borsa mediante un tramezzo che sporgeva nella sua cavità. Potevansi pur seguire nelle sue pareti le varie tuniche della vescica.

Io ho citato ne'precedenti volumi casi di pneumonie, di pleurisie e di pericarditi, la cui invasione coincise colla sparizione di affezioni reumatiche acute. L'osservazione ora letta può rassomigliarsi a questi casi; vedesi qui una peritonite subentrata ad un reumatismo. Poco importa che questo cangiamento di posto della malattia chiamisi metastasi od altro, purchè non si dimentichi il fatto, purchè ritengasi che la repentina sparizione di un reumatismo va sovente congiunta allo sviluppamento di una flemmasia interna, la quale, in virtù delle disposizioni individuali, colpisce tale o tal altro organo, ma soprattutto le membrane sierose. Il primo giorno in cui manifestaronsi nel nostro malato i dolori addominali, essi rassomigliavano a ciò che dicesi volgarmente un reumatismo stabilito su le interiora: questi dolori avevano ciò di notabile, che la pressione non li aumentava; e in questo stato di cose non era ben certo se vi fosse peritonite, ed il pronostico non era ancora decisamente grave. Infatti è ben certo che in molti casi in cui, come in questo, dolori vivi ed atroci si fanno ad un tratto sentire nell' addomine in individui attualmente od anticamente attaccati da reumatismo, questi dolori si dissipano più o meno prontamente senza lasciare traccia alcuna di affezione grave; e allora è per

lo meno dubbioso che siano risultamento di un' infiammazione del peritoneo. Ma nel malato soggetto dell' attuale osservazione, la cosa andò altrimenti, e fin dal secondo giorno dell' apparizione di questi dolori l' esistenza di una peritonite non poteva più essere posta in dubbio: sentivasi nell' addomine della fluttuazione, e l'evidenza di questa fluttuazione era essa medesima una circostanza di momento; poichè il più delle volte, durante i primi giorni dell'esistenza di una peritonite, l'effusione addominale, poco rilevante, può essere piuttosto riconosciuta dalla tensione, dalla renitenza delle pareti, dalla modificazione nella forma del ventre, che da un grande aumento in volume e dall' esistenza della fluttuazione. Qui il caso fu diverso, e la natura del liquido trovato nel peritoneo ne diede sufficiente ragione. Questo liquido era sangue, o per lo meno sierosità unita alla materia colorante del sangue, la quale in un brevissimo spazio di tempo era stata esalata in enorme quantità alla superficie interna della membrana sierosa; eranvi inoltre de' fiocchi e delle false membrane che attestavano, essere questa specie di emorragia combinata con uno stato infiammatorio del peritoneo.

Questo d' altronde è uno de' casi di peritonite la più acuta, senza esistenza di perforazione intestinale, che noi abbiamo avuto occasione di osservare. Tre soli giorni passarono fra l' invasione de' primi dolori addominali e il momento della morte; cionnondimeno anche qui, come nell' osserv. 4.ª, non trovossi alterato in modo per noi valutabile nessuno degli organi importanti alla vita (cuore, polmone, centro nervoso).

VI. OSSERVAZIONE.

Peritonite acuta in seguito ad un parto.
Duodenite con itterizia.

Una donna, di ventinove anni, partorisce facilmente e prontamente a termine: immediatamente dopo il parto, soprarriva una perdita copiosa che viene combattuta coll' applicazione di ghiaccio all' ipogastrio, e con succo di cedro portato sul collo uterino. I lochii colano come di consuetudine. Il quarto giorno, senza causa nota, cessa ogni scolo, e l' addomine si fa sede di vivi dolori. Il giorno appresso, quinto giorno, questa donna viene alla Carità. L' addomine è assai gonfio, dolorosissimo alla pressione; la respirazione accelerata, senza tosse, nè espettorazione; il polso frequente e piccolo; la pelle calda e secca, e la lingua naturale. Da due giorni nessun benefizio di corpo: non vi sono nausee, nè vomiti. La faccia è pallida ed alterata; l' ammalata sembra profondamente abbattuta. Del resto, al disopra del pube non si sente dolore veruno, ed il collo uterino può essere toccato senza dolore (*Venti mignatte sul ventre; un' oncia di olio di ricino in un brodo con erbe; fomentazioni e lavativi emollienti*). — Tutte le volte che l' ammalata volle prendere olio di ricino, lo vomitò.

Nel corso della giornata la prostrazione crebbe sempre più; un colore giallastro si sparse sul volto, e la mattina del sesto giorno ella aveva un' itterizia affatto palese. D' altronde l' addomine era sempre teso e doloroso, e non eravi altro cangiamento nel suo stato, tranne una prostrazione la quale d' ora in ora, per così

dire, facevasi sempre maggiore. Ella morì nel corso della sera, sei giorni dopo il parto e tre giorni soltanto, non ancora compiuti, dopo l'invasione de' dolori addominali. Poche ore prima della morte il gonfiamento del ventre era rilevantissimo, e in tutta l'estensione della sua parete anteriore esso risonava a modo di un tamburo.

Sezione del cadavere.

L'addomine era teso come durante la vita. Incidendo le pareti, si punse un ansa intestinale, ed una quantità grande di gaz fuggì con istrepito dal tubo digerente. Fra gl'intestini vedevansi accumulate delle masse biancastre albuminose che li univano, e non presentavano, del resto, ancora traccia veruna di organizzazione. Un pus bianco e denso riempiva l'escavazione del piccolo bacino; una viva injezione colorava in molti punti il tessuto cellulare sotto-peritoneale; la superficie interna dello stomaco era pallida; ma una viva rossezza esisteva in tutto il duodeno; piccoli vasi serpeggiavano in gran numero nel tessuto cellulare sotto-mucoso della totalità dell' intestino tenue e del cieco: il restante dell' intestino grasso era bianco e pieno di materie fecali dure. Il fegato non ci presentò, sia nei suoi canali, sia nel parenchima, lesione alcuna sensibile. L'utero, tornato sopra sè stesso, e non oltrepassante il pube, presentava una cavità assai vasta, la cui superficie interna era rossastra.

Nulla di notabile negli organi del torace e del cranio.

Questa peritonite ebbe una durata ancor più breve

di quella che fu soggetto della quinta osservazione. Essa sopraggiunse in una donna fresca di parto, la quale non aveva avuto altro accidente che una emorragia. D' altronde nessuna causa esterna valutabile avevala prodotta.

Un sintomo locale che deve qui arrestare la nostra attenzione si è la risonanza notabile manifestatasi nel tempo stesso che i dolori addominali si fecero sentire. Sarebbesi potuto credere che questa risonanza costituisse anche la sola malattia, e non ravvisare agevolmente la flemmasia del peritoneo. La distensione cui la tunica sierosa degl' intestini era soggetta doveva contribuire potentemente ad inasprire i dolori da tale flemmasia cagionati. Questo sviluppamento grande di gaz intestinali combinavasi pure ad un' assai viva injezione sotto-mucosa dell' intestino tenue e del principio dell' intestino grasso. Potevasi aspettare di trovar lo stomaco più o meno alterato, in ragione dell' estrema suscettività da esso manifestata quando si cercò di far inghiottire all'ammalata l'olio di ricino, collo scopo di far cessare una costipazione che era causa di aumento della risonanza.

Cionnondimeno lo stomaco trovossi sano in apparenza, ma nel duodeno eravi un' infiammazione, tanto più notabile, nel caso nostro, in quanto essa coincide coll' esistenza di un' itterizia, senza che d' altronde fossevi lesione alcuna sensibile nel fegato. Le prime tracce di questa itterizia mostraronsi in seguito ai vomiti provocati dall' olio di ricino; esempio singolare di disposizione individuale, poichè nulla di consimile avvenne ne' soggetti delle osservazioni precedenti, alla maggior parte de' quali venne pur dato olio di ricino. Fu qui il medicamento vomitato per esservi già duodenite antece-

dente, la quale inasprita da esso propagossi ai canali biliari producendo l' itterizia, oppure fu esso la causa prima dell' infiammazione del duodeno? A proposito di questo fatto notisi l'impossibilità di stabilire leggi costanti e inalterabili su l' opportunità dell' amministrazione de' medicamenti, e sui loro effetti.

Questa duodenite forse non contribuì a produrre la prostrazione estrema in che l' ammalata cadde tutto ad un tratto, e nella quale soccombette.

VII. OSSERVAZIONE.

Peritonite consecutiva ad una metrite acuta in una donna fresca di parto.

Una donna in età di trent'anni partorì naturalmente, ma con molta difficoltà e dolori, un primo figliuolo, ne' primi del dicembre 1820. Verso il principio del quarto giorno dopo il parto venne assalita, senza causa nota, da una febbre violenta e da un dolore poco vivo nell' epigastrio. Venuta la sera alla Carità, ella era debole ed abbattuta: sentivasi, elevato tre buoni traversi di dito sopra il pube, un tumore globuloso e doloroso alla pressione, che rassomigliava, per la sua forma e per la sua posizione, al corpo dell' utero tumefatto. Il dolore ipogastrico era meno vivo di quello che l'ammalata diceva risentire ne' due inguini. Il restante dell' addomine era cedevole ed indolente. Nessuno scolo per la via della vagina; il collo dell' utero parve gonfio e doloroso al tatto. Il polso frequente e duro, la pelle calda e secca, la lingua naturale, le evacuazioni alvine rare, la respirazione libera. Lerminier annunziò l' esistenza di una metrite acuta, e prescrisse *l' applicazione*

di trenta mignatte su l'epigastrio, di fomentazioni emollienti, di semi-bagni della medesima natura.

L' indimani, terzo giorno dall' invasione presunta della metrite, i sintomi erano i medesimi: dal terzo al settimo, salasso, ed altre due applicazioni di mignatte (quindici ciascuna volta); diminuzione graduale della febbre, cessazione de' dolori inguinali ed ipogastrici, ma persistenza del tumore; e, malgrado il miglioramento di molti sintomi, declinamento rapido, pallore estremo del volto, notabile alterazione delle fattezze.

Dall' ottavo al nono giorno, nuovi sintomi si manifestano: l' ammalata è presa da vomiti continui; rigetta molta bile verde e tutte le tisane che beve; del resto la lingua non ha cangiato aspetto; essa è soltanto un poco bianca. Tutto l' addomine è fatto sede di un dolore vivissimo che il più lieve contatto inasprisce; non è teso. Le evacuazioni alvine ed uterine sono soppresse; il polso frequentissimo e miserabile, la pelle senza calore, ed ha un' umidità ingrata al tatto; la faccia prende rapidamente un aspetto cadaverico; la morte soprarriva quarant' ore dopo l'invasione di questi nuovi sintomi. Il caso parve talmente disperato che Lerminier non volle tormentare il malato con una medicazione attiva; egli fece soltanto applicare alle cosce due vescicanti che non si attaccarono.

Sezione del cadavere.

Una sierosità torbida e lattescente era sparsa in mediocre quantità nel peritoneo; questa membrana era coperta qua e là da piastre biancastre, membraniformi, senza traccia di organizzazione; essa presentava generalmente una viva injezione che mi parve risiedere nel

tessuto cellulare sotto-peritoneale. In molti punti questo era parzialmente riempiuto da una sierosità rossastra, simile a quella che esiste ne' flemmoni esordienti; il peritoneo, da essa sollevato, non rassomigliava che ad una piccola pellicola, che sarebbesi scambiata per una porzione di epidermide sollevata dalla sierosità di un vescicante. Fiocchi più numerosi ed un liquido più denso che nel resto della cavità peritoneale, vedevansi raccolti nell' escavazione del bacino. Al disopra del pube faceva ancora prominenza il tumore stato riconosciuto durante la vita, e che era effettivamente l'utero tumefatto. Il tessuto di quest' organo aveva acquistato una friabilità grande; laceravasi con somma facilità, e da varj punti delle sue pareti incise colava in nappo un pus denso ed abbondante; le pareti dell' utero, in tutta la loro estensione, e soprattutto verso il fondo dell' organo, erano infiltrate da questo pus, che in cinque o sei luoghi vedevasi ammassato in fiocchi. La cavità uterina era ampiissima, e la sua superficie rossa; conteneva una piccola quantità di liquido sanguinolento; nelle mie note non trovo qual fosse lo stato del collo, e neppure quello delle ovaie. La membrana mucosa gastro-intestinale, ed in particolare quella dello stomaco, era dovunque bianca e di consistenza ordinaria.

Due lesioni notabili esistevano negli organi toracichi: 1.° uno stato tubercoloso de' gangli bronchici, che erano voluminosissimi; 2.° alla sommità del polmone sinistro, una piccola cavità con pareti cellulo-fibrose che potevano ammettere una cerasa, e comunicanti, per mezzo di una specie di fistole anfrattuose, con due altre cavità ancora più piccole, contenenti tutte una mediocre quantità di liquido rossastro; il tessuto pol-

monare che le attorniava era nero e duro; veduto esteriormente esso era aggrinzato, come affondato, e separato dalla prima costa mediante una specie di braca grossa più linee, semi-cartilaginosa, evidentemente formata da antiche false membrane della pleura.

Questo caso è notabile sotto più di un aspetto. Esso presenta da prima un esempio manifesto di metrite acuta, sopraggiunta, senza causa nota, quattro giorni dopo un primo parto, in una donna già alquanto inoltrata negli anni. In seguito ad una cura antiflogistica energica i sintomi si emendano, e sarebbesi potuto credere che l' infiammazione dell' utero procedesse verso la sua risoluzione, se il volume del tumore da quest' organo formato non fosse restato il medesimo. D' altra parte, il rapido decadimento dell' ammalata annunziava la persistenza di una lesione grave; essa infatti non era che troppo reale.

Cosa notabile e ben meritevole di tutta l' attenzione del pratico! Nel tempo stesso che il moto febbrile facevasi presso a poco nullo, e che i dolori dell' ipogastrio e degl' inguini dileguavano, l' utero si disorganizzava, il suo tessuto riempivasi di pus, e verso il decimo giorno dall' invasione della metrite, questo pus vi formava già molti ascessi. Non è d' altronde affatto raro il vedere, in varj organi, la formazione del pus coincidere con una remissione manifesta de'sintomi più gravi: questo è, per modo d' esempio, ciò che più di una volta è stato osservato nel cervello. L'accidente che dà maggior interesse al caso attuale si è la rapidità con cui la suppurazione si stabilì: cronica rispetto a molti sintomi, la malattia fu acuta nel suo sviluppo e andamento.

La peritonite può riguardarsi come avente avuto il suo

punto di partenza nella porzione di membrana sierosa vicina all' utero. Le copiose emissioni sanguigne che erano state fatte, lo stato di debolezza in cui l' ammalata trovavasi, la specie di marasmo acuto ond' era investita, non tolsero lo sviluppamento di questo nuovo processo infiammatorio, che dal tessuto dell' utero parve propagarsi, per contiguità di tessuto, alla sua membrana inviluppante, e d'indi al resto del peritoneo. D' altronde, generalizzando questo caso particolare, si può dire che per ciò stesso che un organo è infiammato, avvi ragione al divenire gli altri infiammati; così nella maggior parte delle malattie acute, e soprattutto croniche, è infinitamente raro che trovisi un solo organo alterato.

Cionnondimeno in questa osservazione stessa evvi al sopraddetto un' eccezione notabile, che nel caso di peritonite è quasi costante; vale a dire, la conservazione dello stato sano della membrana mucosa gastro-intestinale, malgrado l' infiammazione vivissima del peritoneo. Questo stato sano d' altronde esisteva qui, come in molte delle precedenti osservazioni, con copiosi vomiti.

I segni della peritonite non furono dubbiosi. Mancavane un solo, cioè, la tensione del ventre; ma la conservazione della cedevolezza delle pareti addominali è un caso ordinario nelle donne attaccate da peritonite in conseguenza di parti: se ne comprende agevolmente la ragione. Così qui come nel caso precedente non vi fu risonanza alcuna.

All' epoca in cui raccolsi questa osservazione, io descrissi l' alterazione della sommità del polmone sinistro senz' aver idea alcuna su la sua natura. Ora sono in-

dotto a riguardarlo come indicante una cicatrizzazione di escavazioni tubercolose. Questo fatto acquista qui dell'importanza in causa de' tubercoli che esistevano ne' gangli bronchici; ciò è una prova in favore dell'opinione di Louis, il quale pensa che ogni qualvolta un organo qualunque contiene de' tubercoli anche il polmone ne contenga.

Sotto l'aspetto della suppurazione onde il tessuto dell'utero era sede, l'osservazione ora letta può essere ravvicinata a quelle recentemente da Louis e Dance pubblicate.

VIII. OSSERVAZIONE.

Peritonite con gastrite acuta.

Un calzolaio in età di trentaquattro anni, che aveva muscoli esili e mostrava una debole costituzione, passò ballando e bevendo tutta la notte dai 4 ai 5 giugno 1820. Il lunedì, 5, si mise a letto spossatissimo alle quattro della sera. A mezza notte fu risvegliato da dolori addominali vivissimi, i quali avevano soprattutto la loro sede nella regione ciecale. Non ebbe però nè vomiti, nè nausee, nè beneficio di corpo. Ne' quattro giorni seguenti, persistenza di dolori, costipazione ostinata. Li 7, applicazione di *venticinque mignatte* su la regione ciecale. Li 8 e 9, applicazione di altre *quindici mignatte* ciascun giorno. Venuto allo spedale li 11 giugno, gli vengono applicate ancora delle *sanguisughe* all'addomine. La mattina dei 12 egli presenta lo stato seguente:

Faccia pallida, esprimente dolore; debolezza grande; addomine dolorosissimo alla pressione, soprattutto sotto

l'ombilico, cedevole al disopra di questo punto, gonfio e teso al disotto, e presentante una specie di tumore mal circoscritto, che sembra costituito da anse intestinali riunite in una sola massa; i moti inspiratorii, corti e frequenti, accrescono in singolar modo il dolore addominale; una bile verde e copiosa è stata vomitata durante tutta la notte: inoltre la lingua, ciò che non abbiamo veduto nelle precedenti osservazioni, è rossa e secca, la sete viva; le labbra di un rosso vivo e sanguinolenti; il polso frequente e piccolo, la pelle poco calda (*Quattro semi-lavativi con mezz' oncia di olio di ricino in ciascuno. Cataplasma. Senapismi alle gambe*). Persistenza de' vomiti durante la giornata. L'indimani, 13, lineamenti del volto alterati; polso filiforme; pelle fredda, coperta da un sudore viscido; singhiozzi e nausee incessanti; del resto medesimi sintomi (*Medesima prescrizione*). Li 14, nono giorno dopo la notte dell'invasione, il malato è moribondo; singulti e vomiti biliosi quasi continui. Un sudor freddo copre tutto il corpo, eccetto la parte interiore dell' addomine dall'ombilico fino al pube, ove la pelle è calda e un poco rossa.

Morte un' ora dopo la visita.

Sezione del cadavere.

Tutto il fascio degl' intestini tenui è riunito in una sola massa da aderenze molli, che con un lieve traimento si rompono. La superficie esterna di quasi tutti gl' intestini è coperta da un'essudazione biancastra, di due linee di grossezza, che si distacca in larghi brani. Al disotto di essa vedesi la peritonite rossissima. Un liquido simile a crema riempie la cavità peritoneale. La

membrana mucosa dello stomaco è affatto rossa nella maggior parte della sua estensione; traendo leggermente le pareti dello stomaco, si lacerano con molta facilità. La superficie interna del duodeno partecipa alla rossezza della mucosa gastrica; ma le sue tuniche non si lacerano come quelle dello stomaco. Nulla osservasi di notabile nel restante del tubo digerente, tranne una quantità grande di gaz imprigionati in molte anse dell' intestino tenue, ed operanti per tal modo la distensione parziale.

Questa osservazione differisce dalle precedenti per la nuova complicazione ond' essa offre un esempio. Nei casi fin qui citati i vomiti non dipendevano da uno stato infiammatorio della membrana mucosa gastrica; nel caso attuale essi coincidono con questa infiammazione; d'altronde, questa è rivelata da un nuovo ordine di sintomi da noi trovati nelle altre osservazioni, in cui eravi peritonite senza gastrite: questi sintomi sono la rossezza e la secchezza della lingua e delle labbra e la sete viva. La gastrite era intensissima; non solo veniva annunziata dalla rossezza notabile della membrana mucosa, ma ben anche dalla diminuzione di coesione delle tuniche sottoposte; se il malato avesse vissuto più lungo tempo, il suo stomaco si sarebbe forse perforato. La peritonite d' altronde incominciò con segni d' infiammazione del peritoneo.

Nella seguente osservazione vedremo una peritonite acuta sopraggiugnere qual complicazione di una gastro-enterite cronica.

IX. OSSERVAZIONE.

Peritonite acuta. Gastro-colite cronica. Due tumori idatiferi, uno de' quali sviluppato tra il fegato e lo stomaco, l' altro fra il retto e la vescica.

Un pittore, nell'età di trent'anni, fece, qual militare, la campagna di Francia del 1814; egli ebbe a soffrire tutte le angosce della miseria, e fece abuso di liquori alcoolici. Tornò a casa sua nel 1815; negli anni successivi la sua salute fu vacillante. Solo dal 1819 sintomi morbosi gravi sonosi manifestati; il suo appetito cominciò allora ad alterarsi; vomitò di tempo in tempo acque acri, non però mai gli alimenti; aveva frequentemente diarrea con tenesmo e dejezioni alvine sanguinolenti. Questi sintomi continuarono fino alla fine della state del 1822; egli era venuto a poco a poco ad un grado assai inoltrato di marasmo. Non erasi mai vincolato a nessuna cura. Verso li 15 ottobre 1822 fu assalito da dolori addominali vivissimi, e venne alla Carità.

Quando si presentò al nostro esame la faccia era pallida ed aggrinzata; il ventre teso e sviluppato, non poteva premersi leggermente senza che i dolori non inasprissero in modo atroce. Sentivasi nell' addomine una fluttuazione oscura. Immediatamente al disopra del pube esisteva un tumore globuloso, duro, un poco inclinato a sinistra della simfisi, avente presso a poco il volume di un grosso arancio, prolungantesi apparentemente dietro il pube, simulante colla sua forma la vescica distesa dall' orina e deviata a sinistra. Cionnondimeno il malato orinava liberamente; la tenta in-

trodotta nella vescica fece riconoscere un' obliquità di questo serbatoio a destra, vale a dire, in senso inverso della posizione del tumore. Il malato era soggetto a nausee continue; aveva vomitato dal giorno antecedente in poi una quantità grande di bile verde; la lingua aveva un aspetto naturale; le voglie di andar di corpo erano frequenti, ma il malato non espelleva ciascuna volta che una piccola quantità di materie viscide e sanguinolenti; il polso era piccolo, frequentissimo; la pelle poco calda.

Diagnostico. Flemmasia cronica dello stomaco e dell' intestino grasso; peritonite acuta; tumore anomalo all' epigastrio, il quale mostrava avere colla vescica un' ingannevole analogia di forma (*Trenta mignatte su l'addomine, bevande e lavativi emollienti*).

La dimane, 30 ottobre, i dolori addominali, diminuiti, non facevansi più sentire che nella regione ipogastrica. Gli altri sintomi non presentavano cangiamento veruno (*Trenta mignatte su l' addomine*).

Il primo novembre, debolezza estrema, pelle fredda, polso filiforme, persistenza de' vomiti; morte alla sera.

Sezione del cadavere.

Una piccola quantità di liquido torbido, in mezzo al quale nuotavano alcuni fiocchi albuminosi, vedevasi sparsa nell' uno e nell' altro fianco; il peritoneo d' altronde non presentava nè false membrane, nè altra traccia qualsiasi d'infiammazione. Il tumore, la cui esistenza era stata riconosciuta durante la vita, trovavasi annesso alla parte laterale sinistra della vescica; esso prolungavasi fra questa ed il retto: un tessuto cellulare

denso univalo a queste parti; il peritoneo lo ricopriva; era duro e resistente. Appena fu inciso che ne uscì con impeto un liquido limpido, in mezzo a cui nuotavano sette a otto idatidi, (acefalocisti), quattro o cinque delle quali avevano presso a poco il volume di una noce, o quello di un uovo di gallina. Le pareti della cisti erano formate da un tessuto fibroso, presentante qua e là alcune piastre cartilaginose.

Al momento in cui stavasi per incidere lo stomaco, si riconobbe fra questo viscere ed il fegato una seconda borsa simile alla precedente; essa non conteneva che una voluminosa idatide, di un colore verdastro, solcata, e più volte attorcigliata.

La mucosa gastrica era molle e di un rosso brunastro nella maggior parte della sua estensione. L'intestino tenue era sano. La mucosa dell'intestino grasso, inspessita e nera, presentava in tutta la sua estensione numerose vegetazioni come piriformi, sporgenti da una a due linee al disopra della superficie.

Gli organi del cranio e del torace erano sani.

La doppia flemmasia dello stomaco e dell'intestino grasso spiega sufficientemente i varj sintomi dall'ammalato presentati già da tre anni. Sopraggiunta in un individuo già sfinito, la peritonite quantunque poco intensa fu rapidamente mortale.

Le due borse idatiche ebbero certo pochissima influenza alla produzione degli accidenti passati od attuali dal malato risentiti. Puossi egli spiegare colla presenza del tumore situato fra il fegato e lo stomaco, perchè i vomiti aumentassero quando il malato adagiavasi sul lato sinistro? L'altro tumore aveva già deviato un poco la vescica: più tardi esso avrebbe potuto, svi-

luppandosi sempre più, obliterare più o meno compiutamente il passaggio delle orine o delle materie fecali.

La ritenzione di orina prodotta da siffatta causa non manca di esempio. Parlasi nelle memorie dell'Accademia di Chirurgia di un uomo in età di 45 anni, nel quale trovossi fra la vescica ed il retto una borsa idatica voluminosa, che comprimeva fortemente il primo di questi organi. Egli era stato attaccato negli ultimi tempi della sua vita da una violenta stranguria, cui il cateterismo non aveva potuto mettere riparo.

X. OSSERVAZIONE.

Peritonite acuta sopraggiunta nel corso di una enterite cronica. Effusione di sierosità rossastra nel peritoneo, senz' altra traccia d' infiammazione di questa membrana.

Un uomo di cinquantaquattro anni, marmorino, stato più volte curato allo spedale della Carità dalla colica metallica, era molestato già da quattro mesi da copioso flusso di ventre. Quando venne allo spedale era debole e magrissimo, nove o dieci dejezioni per secesso erano occorse nel giro di 24 ore. Lingua naturale; anoressia; ventre cedevole e doloroso soltanto ad intervalli, le più volte prima di andar di corpo (*Decozione bianca di Sydenham. Pozione gommosa composta. Lavativo di amido con giunta di due gocciole di laudano di Rousseau e di un giallo d' uovo. Due brodi*).

Il malato non andò che quattro volte di corpo fino al domattina 20 febbraio. Ne' tre giorni seguenti, medesima medicazione. Tre dejezioni alvine soltanto in 24 ore.

Li 24 viene aggiunto alla prescrizione un bicchiere di decozione di cachoù. Solo due evacuazioni alvine occorsero fino alla dimane mattina; addomine indolente; nessuna febbre. — Medesimi medicamenti e medesimo stato fino ai 28. Due evacuazioni alvine liquide soltanto ciascun giorno, senza colica; stato generale assai soddisfacente.

Non potevasi dubitare che la diarrea fosse diminuita sotto l' influenza de' mezzi terapeutici praticati e della dieta. Lerminier sostituì al cachoù ed alla decozione bianca una decozione di simaruba edulcorata collo sciloppo di mela cotogne. Alla sera due pillole di cinoglossa.

Fino alla dimane, primo marzo, egli non ebbe beneficio di corpo alcuno; nessun dolore addominale fu risentito. — Continuazione della simaruba (*Tre creme di risi. Due brodi*).

Dal primo alli 6 marzo non occorse che una sola dejezione alvina ogni 24 ore; liquida fino alli 5; ben consistente li 6 e 7; il ventre era cedevole ed indolente; il malato stava bene; cionnondimeno non ricuperava le sue forze e restava senz' appetito.

Li 9, tutto cangiò di aspetto: febbre, lingua rossa e secca; la diarrea però non riapparve (*Sospensione della simaruba. Tisane emollienti*).

Li 10, la febbre più non esisteva; la lingua era tornata umida e pallida; la diarrea riapparsa. Venne prescritto di nuovo la decozione di simaruba, una tisana di orzo con gomma e acidulata con acqua di Rabel.

Li 12, questa diarrea era di nuovo arrestata; dal 12 al 15, essa più non ricomparve. (Allora cessazione della simaruba). Tutto pareva annunziare la possibilità della guarigione. Cionnondimeno la faccia conservava un pallore notabile; noi non osservavamo senza inquie-

tudine che l' anoressia persisteva, che le forze non si ristabilivano, e che un lieve moto febbrile manifestavasi di tempo in tempo, soprattutto verso la sera.

Li 16, avvenne un gran cangiamento. L' ammalato era in uno stato di somma ansietà; risentiva dolori addominali assai vivi da cavargli le grida; la più piccola pressione gl' inaspriva. Al tempo stesso frequenza grande e piccolezza di polso, calor vivo alla pelle. L' invasione di una peritonite non ci parve dubbiosa (*Venti mignatte su l' addomine*).

La dimane, dolore addominale meno intenso: ma tumefazione dell'addomine presentante una fluttuazione oscura.

Dal 18 ai 24 i dolori addominali cessarono di farsi sentire; la fluttuazione si fece sempre più manifesta, e in breve notossi un' ascite di rilievo. Il polso era debole e senza frequenza; due evacuazioni alvine liquide soltanto occorrevano ciascun dì nelle 24 ore (*Vescicanti alle gambe, semplici emollienti nell' interno*).

Li 25, riapparizione del dolore addominale; prostrazione estrema; polso filiforme e poco frequente. I tratti del volto profondamente alterati annunziavano la morte prossima; essa avvenne li 26.

Sezione del cadavere.

Sierosità rossastra e copiosa nel peritoneo, senza mistura di altri fiocchi, senza traccia di pseudo-membrane, senz' apparenza di un processo flemmasico qualunque nella membrana sierosa, o nel tessuto cellulare ad essa sottoposto.

Stomaco sano, come pure i tre quarti superiori dell'intestino tenue. Nel quarto inferiore osservansi assai

numerose ulcerazioni, il cui fondo brunastro è formato dal tessuto laminoso duro ed inspessito; in molte il fondo è al livello de' margini, ed il tessuto che li forma sembra continuare colla mucosa. Era ciò una cicatrizzazione incominciante? Fra queste ulcerazioni ed anche sui loro margini la membrana mucosa vedevasi bianca e ben consistente. La membrana mucosa dell'intestino grasso, pur bianca, di consistenza e spessezza naturali, andava esente da qualunque alterazione sensibile.

Nulla di rilievo negli altri visceri dell' addomine, del torace e del cranio.

La peritonite acuta onde questa osservazione somministra un esempio, non può essere posta in dubbio, in causa de' sintomi che durante la vita l' annunziavano; essa sarebbe stata mal ravvisata dalla sola inspezione del cadavere. Infatti, non trovossi nel peritoneo altra lesione che un' effusione di sierosità unita ad una certa quantità di materia colorante del sangue. Questo è ciò che osservasi in certi casi di semplice ascite consecutiva ad un ostacolo meccanico, e sopraggiunta senza dolore. Ecco dunque un caso in cui la natura de' sintomi ci chiarisce su la vera natura della malattia, più di quello faccia l'anatomia patologica: paragoninsi questi casi a quelli in cui, quantunque nessun dolore abbia esistito durante la vita, trovansi nel peritoneo del pus, delle false membrane, ecc.!

In questo individuo esisteva al tempo del suo ingresso un' altra malattia; vale a dire, una flemmasia cronica della membrana mucosa intestinale; o per lo meno noi dovevamo riguardare qual risultamento di tale flemmasia la diarrea che da lungo tempo in lui esisteva. La

cura durante la quale questa diarrea da prima diminuì, poi si sospese, deve fermare la nostra attenzione. Da principio vennero dati semplici emollienti, e de' narcotici, poscia degli astringenti tonici (*cachoù*, *simaruba*). Noi vedemmo durante queste medicazioni la diarrea sparire, però solo momentaneamente. Lo stomaco irritossi; la sua affezione fù annunziata dalla rossezza della lingua e dalla febbre. Basta sospendere l' amministrazione della simaruba per far cessare la gastrite che questa corteccia aveva verisimilmente cagionata. Allora la diarrea riapparisce; si torna all' uso della corteccia astringente, e quella cessò di nuovo, nè più ricomparve nel corso della peritonite.

Dall' influenza esercitata, su le prime, dalla medicazione tonica su la cessazione della diarrea dovevasi naturalmente pensare che questa diarrea non fosse punto combinata ad una flemmasia intestinale, ma dipendesse piuttosto da uno stato di atonia della membrana mucosa, *che fosse una specie di flusso passivo*. La sezione del cadavere ci dimostrò che la cosa era altrimenti.

Per una certa estensione dell' intestino esistevano ulcerazioni, il cui aspetto indicava l' antichità; ma fra esse la scolorazione presentata dalla membrana mucosa, del resto ben consistente, indicava la mancanza di reazione anteriore alle ulcerazioni.

Ecco la esatta narrazione de' fatti. Che se ora vogliamo trarne qualche conseguenza, domanderemo se un simil caso non sembra provare esservi certe infiammazioni croniche cui si può opporre con vantaggio una cura diversa da quella de' semplici antiflogistici. Altrove già abbiamo sviluppato questo punto di dottrina.

Notisi, inoltre, non potersi dire in questo caso

che la cessazione della diarrea sia stata il risultamento di un aumento d'irritazione della membrana mucosa intestinale; poichè se così fosse stato noi avremmo veduto i dolori addominali inasprirsi, la febbre accendersi; in una parola, avremmo osservato quell' insieme di sintomi che manifestansi quando una flemmasia cronica torna momentaneamente allo stato acuto. Ma non fu così. Domanderemo nondimeno se l'irritazione onde lo stomaco divenne sede in seguito all' amministrazione degli astringenti, non ebbe parte alla sparizione momentanea della diarrea. Non dimenticheremo, d'altronde, che anche dopo la cessazione della diarrea la persistenza dell' anoressia e della debolezza generale, come pure il moto febbrile erratico, annunziavano una lesione organica che sopravviveva alla diarrea.

Noi troviamo in questo caso un nuovo esempio di diarrea in cui la causa del flusso intestinale risiedeva unicamente nell' intestino tenue, essendo stato trovato l' intestino grasso perfettamente sano.

Osserveremo ancora che l'anoressia totale cui il malato era da lungo tempo soggetto, non riconosceva per causa alcuna alterazione valutabile dello stomaco stesso, che parve essersi irritato solo momentaneamente al tempo in cui la lingua si fece rossa e la febbre aumentò.

XI. OSSERVAZIONE.

Peritonite consecutiva ad un' aneurisma dell' arteria iliaca primitiva destra. Morte subitanea in conseguenza della rottura del sacco aneurismatico nella cavità del peritoneo.

Un giovane di negozio di un mercante di vino, in età di ventisei anni, di forte costituzione, venne li 26 aprile 1824 alla Carità: egli presentava tutti i segni caratteristici di una peritonite acuta. Tre settimane prima, cavando acqua dalla tromba, era stato assalito improvvisamente da forte dolore ai lombi seguito da dolori addominali e da vomiti. Egli si tenne a letto pel corso di 20 giorni, poscia i sintomi inasprironsi in un subito; il dolore addominale soprattutto si fece molto più intenso, ed i vomiti esistiti al principio della malattia riapparirono. Noi vedemmo per la prima volta questo malato la mattina del 27 aprile. Allora l' addomine era dolorosissimo alla pressione, e teso; la resistenza uniforme delle sue pareti sembrava dipendere dal fascio intestinale, le cui anse erano unite e come saldate da false membrane. Il polso era piccolo e frequente, la lingua naturale (*Ventiquattro mignatte vennero applicate all' ano e 48 all' addomine, due vescicanti alle gambe; bevande diluenti*).

L' indimani 28 il malato dice di star meglio; ma la tensione del ventre continua, così pure il dolore, specialmente all' ipogastrio (*Quarant' otto mignatte su questa regione, 24 sul resto dell' addomine*).

Il 29 e i giorni seguenti, restando lo stato del malato il medesimo, Lerminier continua l' applicazione

delle mignatte nel modo seguente: li 29, 36 *mignatte all' ano;* li 30, 24 *all' ipogastrio;* il primo maggio, li 2 e 3, medesima prescrizione; li 4, i dolori erano assai diminuiti; ne vennero applicate solo 12 sempre *all'ipogastrio.* Li 5, medesima applicazione. Li 6 e 7, i dolori addominali sono presso a poco nulli; il polso ha poca frequenza; il malato sta bene; ma la tensione del ventre non è diminuita. Li 8, i dolori ritornano: 12 *mignatte all' ipogastrio.* Due ore dopo la visita il malato fa un leggier movimento nel suo letto, perde la mente e spira dopo pochi secondi.

Sezione del cadavere.

Una sierosità sanguinolenta fugge dall' addomine nel momento in cui se ne incidono le pareti. Coaguli di un sangue nero ricoprono gl' intestini, e riempiono l' escavazione del bacino, come pure i fianchi. Aderenze ancora molli e colorate dal sangue sparso uniscono le anse intestinali fra esse, di maniera che queste, così riunite, formano una sola massa, causa della resistenza presentata durante la vita dalle pareti addominali. Rimosso il fascio intestinale formante tumore, si discoprì al luogo occupato dal mesenterio un tumore rilevante costituito da due strati fibrinosi, soprapposti, la cui densità andava diminuendo dall' esterno all' interno; gli strati più esterni erano privi di materia colorante. Al centro esistevano de' coaguli molli, simili a quelli che riempivano il peritoneo. Queste masse di fibrina coprivano la fine dell' aorta e le iliache primitive. Quasi immediatamente dopo la sua separazione dall' aorta, l' arteria iliaca primitiva destra conteneva un pertugio abbastanza largo da ammettere una mo-

neta da cinque soldi. I suoi margini irregolari presentavano brani delle membrane esterna e media. Nessuna lesione organica di rilievo esisteva sia nel resto dell' arteria iliaca, intorno o lungi dalla perforazione, sia nell' aorta, sia in tutte le altre parti del sistema vascolare, contenente sangue rosso o nero.

La causa della morte subitanea del malato è sufficientemente spiegata dall' emorragia interna avvenuta dalla perforazione dell' arteria iliaca primitiva destra. È verisimile che un principio di rottura di quest' arteria, già precedentemente malata, sia avvenuto al tempo in cui, in seguito ad uno sforzo, fu risentito un vivo dolore alla parte bassa dei lombi. L' irritazione propagossi al peritoneo, come attestano i sintomi d' infiammazione di questa membrana in allora manifestatisi, e che poi non cessarono di esistere con gradi variabili d' intensità. Dall' epoca dell' ingresso del malato alla Carità, una cura antiflogistica delle più attive venne posta in attività (*Trecento dodici mignatte vennero applicate, nello spazio di 12 giorni, tanto su l' addomine che all'ano*). I dolori furono calmati; il malato trovossi sensibilmente alleviato, e le sue forze eransi mantenute in assai buono stato; ma se la forma acuta della malattia fu per tal modo distrutta, questa non cessò niente meno di esistere sotto una forma che più avvicinavasi allo stato cronico. Questo caso d' altronde è un esempio notabile della quantità di sangue che può perdere un individuo senz' essere sensibilmente indebolito.

Avendo citato nel terzo volume di quest'Opera osservazioni di peritoniti prodotte da perforazioni dello stomaco e degli intestini, ed avendo allora insistito con alcune particolarità sui sintomi, su l' andamento ed il

diagnostico delle infiammazioni peritoneali che riconoscono questo genere di cause, sarebbe inutile tornare ancora su questo soggetto; io ho avuto occasione di menzionare in altri capitoli del presente volume casi di peritonite cagionati da diversi corpi stranieri introdottisi in organi vicini, come, il fegato, la vescichetta del fiele, il peritoneo, ecc. Esporrò quindi ora senza più ritardo alcune osservazioni di peritoniti acute terminate per risoluzione.

CAPITOLO II.

PERITONITI ACUTE GUARITE.

Fra gl' individui la cui storia sto per descrivere, alcuni tornati alla salute dopo aver presentato tutti i sintomi di una peritonite acuta, furono vittima molti anni dopo di altra malattia, e vennero trovate nel peritoneo aderenze cellulose od altri stati morbosi, indizj di un' antica infiammazione di questa membrana. In altri che parevano ugualmente aver avuto una peritonite ond' erano stati guariti, non trovossi nel peritoneo traccia veruna di processo patologico antico o recente. In altri finalmente non abbiamo avuto occasione di esaminare il peritoneo.

XII. OSSERVAZIONE.

Sintomi di peritonite acuta. Guarigione. Due anni dopo tisichezza polmonare e morte. Molte anse intestinali unite da aderenze cellulose.

Un panattiere, in età di 38 anni, presentava lo stato seguente quando venne alla Carità durante il verno

del 1823: vivi dolori addominali, che aumentavano colla pressione più leggera, col solo peso delle coperte; tensione generale delle pareti del ventre; fluttuazione oscura, polso frequentissimo, senza gran calore alla pelle; nausee continue, senza vomiti; lingua naturale e costipazione; faccia pallida, esprimente una profonda ansietà. Due giorni prima, dopo essersi esposto quasi nudo (secondo il costume de' giovani de' fornaj) all' aria fredda ed umida di una mattina piovosa, era stato assalito da gran brivido e presto poi dai differenti sintomi ora descritti. Lerminier fece praticare immediatamente *un salasso di* 16 *once ed applicare* 40 *mignatte sull' addomine.* Nel tempo stesso, *fomentazioni e bevande emollienti; una mezz' oncia di olio di ricino.*

Le nausee restarono nella giornata. Due escrezioni alvine liquide occorsero; alla notte il malato gustò un poco di riposo; e l' indimani mattina, quarto giorno, la sensibilità minore dell' addomine, l' aspetto più naturale del volto e la minore frequenza del polso annunziavano un miglioramento non dubbio. Cionnondimeno Lerminier non credette dover abbandonare il malato alla natura; poichè nelle infiammazioni delle membrane sierose, assai più forse che in qualunque altra, gli accidenti dopo essersi emendati mostransi sovente di nuovo con novella intensità quando non si continui una cura attiva, la quale svii la congestione sanguigna che tende ad operarsi un' altra volta. Per conseguenza, vennero *applicate su l' addomine altre* 30 *mignatte*, le cui punture si lasciano colare abbondantemente mediante fomentazioni calde mantenute su l' addomine fino all' indimani mattina (*Semi-lavativo emolliente*).

Il quinto giorno lo stato del malato erasi presso a poco serbato lo stesso (*Fomentazioni emollienti; bagno; tisana di semi di lino; 12 mignatte su l'addomine e due vescicanti alle gambe*).

Il sesto giorno, nessun cangiamento notabile; era però molto che il primo miglioramento, stato sensibilissimo, continuasse da due giorni (*Venti mignatte all'ano*).

Il settimo giorno l'addomine era più teso e gonfio; non eravi stato beneficio di corpo da due giorni, malgrado i semi-lavativi amministrati, neppur rigettati. Un'oncia di olio di ricino venne prescritta da prendersi in due tazze di brodo di vitello. Nella giornata occorsero tre o quattro dejezioni alvine liquide; il gonfiamento del ventre cessò, ed il malato stava meglio.

Dall'ottavo al decimo terzo giorno la sensibilità addominale sparì compiutamente, la febbre cessò, le forze ritornarono; ma il ventre era ancora un poco teso, non vi si sentiva più fluttuazione. Durante questo tempo il malato prese, in due differenti volte, una mezz'oncia di olio di ricino; e il nono giorno *gli furono applicate dodici mignatte per l'ultima volta.*

Il giorno quattordicesimo vennero accordati, per la prima volta, leggieri alimenti (*una crema di risi*).

Dal quattordicesimo al ventesimo giorno gli furon dati successivamente brodi, minestre e pochi legumi.

Il giorno ventisettesimo l'ammalato abbandonò lo spedale: allora pareva perfettamente ristabilito.

Questo individuo godette di una buona salute fino alla fine dell'anno 1825; allora fu attaccato da un'infreddagione, la quale benchè leggiere vestì in breve un carattere assai grave da costringere il malato a tornare allo spedale, ove fu di nuovo affidato alle cure di Ler-

minier. Noi sospettammo in lui l' esistenza di una tisichezza polmonare, la quale in breve si fece manifesta e lo trascinò al sepolcro verso la fine del verno.

La sezione del cadavere ci mostrò de' tubercoli ne' polmoni, delle ulcerazioni nel tubo digerente, ed inoltre, uno stato assai notabile del peritoneo. Un gran numero di anse dell' intestino tenue erano riunite da aderenze cellulose, simili a quelle che trovansi sì spesso nella pleura; avevasi difficoltà a rompere ed a separare le anse dell' intestino attaccate le le une contro le altre; molte però erano solo debolmente unite, talchè potevasi ancora allontanarle e farle muovere una sopra l' altra. Simili aderenze univano molti punti del colon trasversale a punti corrispondenti della gran curvatura dello stomaco, e il colon ascendente alle pareti addominali. Eranvi alcuni luoghi in cui le briglie cellulose che formavano queste aderenze, vedevansi colorate di nero; del resto, nel peritoneo non era sparso liquido alcuno.

Nell' ammalato, la cui storia venne ora esposta, veggonsi i sintomi di una peritonite acuta assai grave sparire e lasciare, quai tracce della sua esistenza, le aderenze cellulose sopra descritte. Io ho detto che molte di queste produzioni accidentali erano colorate di nero: ho trovato sovente tale colorazione nelle false membrane del peritoneo in individui, i quali soccombevano con tutti i sintomi di una peritonite cronica. Ma, oltre a ciò, ho pur trovato coloriti di bruno, di grigio d' ardesia o di nero, sia false membrane poco grosse, sia il peritoneo stesso in individui, i quali erano morti di tutt' altra malattia che una peritonite, ed i quali, nel de-

corso del tempo in cui li aveva osservati, non avevano mai presentato sintomo alcuno valevole ad indicar una affezione recente od antica del peritoneo. Questi individui non avevano egli avuto altra volta una peritonite che si fosse guarita? Le varie gradazioni di colorazione nera che i tessuti presentano possono infatti esser prodotti da una flemmasia cronica tuttora esistente, o restare quai tracce di una antica infiammazione, che da lungo tempo ha cessato di esistere.

La malattia era ancora recente quando la cura antiflogistica venne incominciata; essa fu attivissima e lungamente continuata; uno scolo di sangue presso a poco permanente fu mantenuto per molti giorni di seguito, e io non dubito che questo metodo abbia potentemente contribuito a produrre una terminazione felice della malattia. Così incessantemente moderato, il travaglio di congestione morbosa onde il peritoneo era sede, divenne, se così mi è lecito esprimermi, una specie di travaglio fisiologico, il cui risultamento da principio fu 'a formazione di una certa quantità di tessuto cellulare accidentale, poi la nutrizione ulteriore di questo tessuto, senza che ne risultasse nè la malattia del peritoneo, nè turbazione alcuna generale nell' economia.

In questa osservazione si possono pur notare i buoni effetti delle sostanze purgative date collo scopo di vincere la costipazione, circostanza perniciosa negli individui attaccati da peritonite; la distensione degli intestini che ne risulta deve infatti aumentare il dolore e per conseguenza accrescere l' irritazione della membrana sierosa. Io ho veduto assai volte, in simil caso, i sintomi emendarsi in modo rilevante dopo l' amministrazione di una mezza o di un' oncia di olio di ricino. Il meteorismo, la tensione del ventre, ed il dolore di-

minuiscono: i vomiti, uno degli accidenti più penosi della peritonite, cedono sovente sol dopo che un purgante ha procurato alcune dejezioni alvine. È egli poi mestieri il dire che sarebbe d'uopo astenersene quando si mostrassero segni di enterite? Ma quest'ultimo caso è raro, come già abbiamo fatto osservare.

XIII. OSSERVAZIONE.

Peritonite acuta i cui primi sintomi manifestansi durante gli accessi di una febbre intermittente, spariscono nei loro intervalli, e divengono facilmente permanenti. Guarigione.

Un uomo di mezza età era venuto allo spedale in settembre per farsi curare di una febbre intermittente terzana. Egli aveva già avuto cinque accessi, i quali non avevano presentato nulla d'insolito, e durante i loro intervalli era stato bene, quando, nel tempo stesso in cui cominciò a manifestarsi il brivido del sesto accesso, risentì nell'addomine vivi dolori che la pressione ed il moto aumentavano. Questi dolori persistettero durante tutto il tempo del brivido e del calore, e dissiparonsi a misura che il sudore si stabilì. Fino al ritorno dell'accesso seguente anche questi dolori non tornarono punto; la pressione addominale non li risvegliava, ma il malato era pallido e più abbattuto dell'ordinario, egli aveva l'*aspetto di chi soffre*. Col brivido del settimo accesso ricomparve il dolore che dissipossi col sudore, come la prima volta. Fino allora la febbre intermittente era stata abbandonata a sè stessa; dopo il settimo accesso cominciossi l'amministrazione del *solfato di china-china in dose di* 10 *grani*. All'epoca ordinaria il brivido tornò unitamente al dolore addominale; furon-

vi inoltre due vomiti biliosi. Dopo aver continuato una ora soltanto, vale a dire due volte meno dell' ordinario, esso cessò; ma non venne supplito nè da un calore simile a quello degli accessi precedenti, nè da sudore; altri fenomeni assai più gravi si mostrarono: il dolore addominale continuò ad essere vivissimo; il ventre si tese; vomiti di bile rinnovaronsi ogni mezz' ora, poco copiosi ciascuna volta, ma estremamente penosi pel malato. La faccia si raggrinzò e fecesi pallida; il polso acquistò una frequenza grande. Quando tornammo a vedere il malato, l' indimani mattina, questi varj sintomi continuavano, e punto non dubitammo che egli fosse attaccato da peritonite acuta. Dal giorno precedente di sera il chirurgo di guardia aveva fatto applicare 24 *mignatte all' addomine*. Lerminier ne prescrisse una seconda applicazione aumentando il lor numero (40 *mignatte*). Egli prescrisse inoltre un *salasso di 12 once*, ed essendovi costipazione, una *pozione composta di un' oncia olio di ricino, una mezza oncia di sciloppo di prugnolino e due grossi d'acqua di fiori d' arancio, da prendere a cucchiaiate ogni mezza ora*. Le punture delle mignatte mandarono sangue tutta la giornata; occorsero cinque o sei dejezioni alvine biliose. — La dimane i dolori addominali non facevansi più sentire che col moto e colla pressione; ma allora essi erano ancora vivissimi; il decubito sul dorso era il solo possibile; il malato aveva ancora alcune nausee, ma non vomitò più. Il ventre era sviluppato e teso. Il polso conservava una frequenza grande. Nei tre giorni seguenti 20 *mignatte furono applicate ciascun giorno su l' addomine, poscia un vescicante venne applicato a ciascuna gamba*. Il malato era allora giunto al sesto dì della sua peritonite; ciascun giorno i dolori addominali

erano andati decrescendo, la frequenza del polso era gradualmente diminuita. Il settimo e ottavo giorno non fecesi altro che una *medicina espettativa*. La pelle, fino allora secca, coprissi di un sudore abbondante, ed il decimo giorno il malato poteva riguardarsi affatto convalescente.

In questo malato si seguì pure la stessa cura come nel precedente, e con eguale successo. Per il corso di quattro giorni uno scolo di sangue presso a poco continuo fu mantenuto sopra le pareti addominali, e prima di ciò era stato fatto un salasso. L' olio di ricino parve pure amministrato con vantaggio, e finalmente i vescicanti applicati alle estremità inferiori, in un tempo in cui i sintomi di infiammazione erano assai meno acuti, operarono un' utile revulsione, e affrettarono senza dubbio la totale risoluzione della peritonite. Si è fatto certo molto abuso degli irritanti applicati su la pelle come revulsivi; adoperati troppo presto, od in individui sommamente irritabili, soggetti a simpatie attivissime; essi hanno troppo spesso inasprito l' infiammazione che erano destinati a combattere; troverannosi anche in più di una osservazione in quest' opera descritta esempj del loro pericolo. Ma in molti altri pure (vegg. soprattutto i volumi precedenti) non potrassi muover dubbio su la loro grande utilità. Consultando queste osservazioni, si vedrà che in generale i vescicanti applicati alle estremità inferiori, lungi dalla sede del male, sono quelli che parvero riuscir meglio.

Così nelle pleurisie, nelle pneumonie, nelle pericarditi i revulsivi vogliono essere portati le più volte su differenti punti pelvii, che sul petto, comechè sianvi alcuni casi che noi abbiamo cercato di far risaltare, nei

quali la loro applicazione sul torace stesso è stata più utile. Nei casi di affezione cerebrale acuta non mi è giammai parso che l' applicazione di un revulsivo alla nuca fosse vantaggioso; rispetto ai vescicanti applicati sul cranio stesso, essi non mi sembrarono mai avere avuto influenza nociva. Una volta, in un fanciullo che presentava molti sintomi di aracnitide, osservai un miglioramento sensibile il dì seguente all' applicazione di simile vescicante. Attribuivalosi già all' azione di questo revulsivo; quando, levando via l'apparecchio si vide che la pelle del cranio erasi fatta soltanto leggermente rossa, ma non esisteva nessuna vescica. Una sola volta ho veduto applicare un largo vescicante su le pareti addominali d'un individuo attaccato da peritonite acuta, e ne seguì un inasprimento notabilissimo di sintomi. Circa alle infiammazioni della membrana mucosa gastro-intestinale, l' applicare dei vescicanti su l' addomine, nel loro stato acuto, è in generale un aggravarle; ciononondimeno sonovi ancora alcune eccezioni su questo soggetto; così alla Carità molte volte si sono vedute evacuazioni alvine copiosissime, che manifestavansi in un subito, erano accompagnate solo da poca febbre, e ponevano rapidamente i malati in uno stato di prostrazione, essere arrestate dall' applicazione di un largo vescicante su l' addomine. Questo stesso mezzo è pur qualche volta efficacissimo per fermare momentaneamente o definitivamente diarree croniche.

Se questa osservazione presenta un interesse rispetto alla terminazione felice della malattia, essa non merita meno di fissare l' attenzione relativamente al cominciamento ed allo sviluppo della malattia. I suoi primi sintomi furono intermittenti, come quelli dell' accesso di febbre terzana in mezzo al quale mostraronsi. Non v'ha

dubbio che, durante il brivido, una forte congestione sanguigna operossi sul peritoneo, e dissipossi nel tempo stesso che un sudore annunziò il richiamo dei liquidi dall' interno all' esterno. Vi fu egli questa prima volta semplice congestione sul peritoneo, o vera infiammazione di questa membrana? Ciò sembrami poco importante da decidere, perchè, secondo il mio avviso, questi due stati tendono incessantemente a confondersi per gradazioni insensibili, come si può convincersi osservando i varj gradi dell' oftalmia. È però sempre vero che coll' accesso seguente i medesimi sintomi di peritonite mostraronsi di bel nuovo; essi erano ancora più sensibili della prima volta, essendo stati accompagnati da vomiti. È verisimile che se il solfato di china-china avesse potuto prevenire il ritorno dei seguenti accessi, la peritonite sarebbe stata tolta con essi, ma non fu così; e forse per ciò stesso che nell' economia eravi disposizione ad una malattia più grave, la china-china mancò di efficacia: un novello accesso riapparve con sintomi di peritonite, come nei due precedenti; ma questa volta l' irritazione del peritoneo, sia che fosse più intensa, o d' altra natura, più non si dissipò: il sudore non pose termine all'accesso della febbre, ed esso ricomparve solo otto giorni più tardi, coincidendo ancora colla felice terminazione della peritonite. Allora esso annunziò la perfetta risoluzione, come nei due ultimi accessi ben marcati di febbre intermittente esso aveva indicato la terminazione dei dolori addominali. Ecco dunque un esempio sensibile di congestione sanguigna da prima intermittente, come gli accessi di febbre coi quali essa coincide, e subentrante a questi accessi quando è fatta continua. Forse al tempo del terzo accesso, di cui solo il primo stadio fu osservato, se

si fosse dato opera a determinare verso la pelle una forte congestione, sia mediante un bagno caldissimo, sia per mezzo di fumigazioni più o meno eccitanti, sia con differenti revulsivi, sarebbesi ristabilito il moto dal centro alla periferia, oppure, provocando il sudore, si avrebbe impedito lo sviluppo della peritonite, producendo artificialmente ciò che era stato fatto dalla natura nei due accessi precedenti. La china-china poi avrebbe potuto essere adoperata di nuovo, onde prevenire il ritorno dei seguenti accessi. In una delle osservazioni già esposte si è potuto vedere un altro caso di peritonite, che da principio manifestossi con dolori erratici, addivenuti poscia continui. Io ho citato, nel secondo volume, la storia di una pleurisia i cui sintomi mostraronsi da principio solo tutte le sere. Da questi fatti sembrami risultare la dimostrazione della possibilità delle flemmasie intermittenti; questo fatto d'altronde non può essere posto in dubbio rispetto a molte infiammazioni cutanee. Al momento in cui scrivo queste pagine esiste allo spedale di s. Luigi, nella sala del dottore Biett, un uomo, il quale da due anni vede tutte le sere la sua pelle coprirsi di un' eruzione orticaria, che alla mattina più non esiste. Questa affezione periodica non ha ceduto alla china-china. È mestieri d'altronde distinguere due classi di queste flemmasie intermittenti; alcune non si mostrano che quai semplici complicazioni durante un accesso di febbre; esse sono il prodotto di una congestione locale più forte dell'ordinario, e determinano accidenti più o meno gravi, che spariscono coll'accesso; quindi risultano le malattie chiamate *febbri perniciose*. La malattia soggetto di questa osservazione sarebbe stata da Torti chiamata *febbre intermittente peritonica*. Altre flemmasie mostransi pure

in modo intermittente, ma sole, senz'essere precedute od accompagnate da brividi, nè seguite da sudore, in una parola, senza l'apparato de' sintomi costituenti un accesso di febbre: tale si è il caso dell'orticaria osservata allo spedale di s. Luigi, o della pleurisia ritornante ciascuna sera, la cui osservazione ho ora rammentata.

XIV. OSSERVAZIONE.

Idro-peritonite acuta. Cura colle emissioni sanguigne e cogli eccitanti i sistemi orinario e cutaneo — Guarigione.

Un carrettiere in età di 23 anni, di costituzione fortissima, venne alla Carità sul principio del mese di dicembre 1822. Quattro giorni prima era stato assalito, senza causa nota, da brividi vaghi, da mal essere e da febbre. Questo stato continuò 24 ore, durante le quali egli si tenne in riposo, non mangiò nulla, e bevette vino caldo aromatizzato con cannella. Dopo questo tempo egli risentì un vivo dolore al fianco destro, che si estese dopo alcune ore a tutto l'addomine. Ne' due giorni seguenti il suo ventre si fece assai gonfio. Quando noi lo vedemmo, quattro giorni dopo l'invasione della sua malattia, ci presentò lo stato seguente: l'addomine, voluminoso come nell'ascite, presentava una fluttuazione evidente; i dolori vivi che il malato vi risentiva erano inaspriti colla pressione e con qualsivoglia decubito, tranne sul dorso. Eravi febbre, ed una grande ansietà espressa da' lineamenti del volto. In questa malattia tutto rassomigliava ad una peritonite, eccetto la tumefazione del ventre, non minore di quella osservasi nell'ascite: ciò venne da molti medici chiamato idropisia

attiva. In causa della febbre, de' dolori antecedenti ed attuali e della natura di questi dolori, Lerminier riguardò l' ascite qual risultamento di un' infiammazione acuta del peritoneo; egli pensò che questa flemmasia ancora esistente voleva essere combattuta, come qualunque altra, mediante copiose emissioni sanguigne. In conseguenza 30 mignatte vennero applicate per tre giorni di seguito su l' addomine, e praticato un salasso di 16 once. Ne' sei giorni seguenti i dolori addominali diminuirono a poco a poco, e la febbre cessò; ma l'ascite era notabilissima; non eravi d' altronde nessuna infiltrazione delle membra. Un nuovo modo di cura fu allora posto in uso. Nel corso de' quindici giorni seguenti, *cinque o sei applicazioni di mignatte (dalle* 8 *alle* 20 *ciascuna volta) furono fatte all' ano; fu prescritto un salasso di* 12 *once e vennero applicati de' vescicanti ai membri inferiori: fumigazioni di bacche di ginepro furono giornalmente fatte nel letto del malato: le sue membra vennero sottoposte a fregagioni con parti uguali di tintura di cantaridi e di alcool canforato.* All' interno vennero dati, *nitro*, *ossimele scillitico*, *decozioni di gramigna*, *rusco e parietaria*, *edulcorati collo sciloppo dalle cinque radici.* L'ammalato non prese altra nutrizione che *creme di risi e pochi brodi grassi.* In capo a quindici giorni di tale cura le orine cominciarono a farsi assai copiose; allora l'ascite diminuì rapidamente, in breve non trovossene più traccia alcuna, e il malato lasciò lo spedale in uno stato di salute perfetta.

In una delle osservazioni di peritoniti acute terminate colla morte, precedentemente descritta, si deve rammentare, non essersi trovato altro stato morboso nel peritoneo che una collezione sieroso-sanguino-

lenta, senza verun' altra traccia d' infiammazione di questa membrana. È verisimile che nel caso attuale non sarebbesi anche nel peritoneo trovato altro che una sierosità. Cionnondimeno i sintomi che ne avevano preceduto l'accumulamento, e quelli che persistettero nei primi tempi dell'esistenza di quest'ascite, segnatamente i dolori addominali e la febbre, provano che il punto di partenza della collezione sierosa era effettivamente una peritonite. Così, in seguito ad una violenza esterna che opera sur una articolazione e la irrita, vedesi in un tale formarsi un deposito purulento, una carie delle ossa, ecc., in tal altro una semplice idartrosi; così, ne' volumi precedenti, abbiamo citato esempj di pleurisie e di pericarditi terminate con un idrotorace ed una idro-pericardia. Così di due aracnitidi rivelate da sintomi uguali per natura e per intensità, una termina con formazione di pus, con ingrossamento delle membrane, ecc.; l' altra con semplice effusione di una sierosità limpida ne' ventricoli. In questi varii casi la terminazione della malattia è differente, ma il punto di partenza è lo stesso. Quindi nella cura questo punto di partenza è quello che fa mestieri sovente porre in prima linea di conto; quindi ne viene la utilità grande delle emissioni sanguigne arditamente e copiosamente fatte in molti casi d' idropisie dette attive. Ma in queste malattie viene un tempo in cui il periodo infiammatorio è passato, e in cui la collezione sierosa più non resta che qual corpo estraneo da far uscire dall'economia; le emissioni sanguigne che da principio erano il mezzo principale di cura, non sono più allora che di uso affatto secondario, e fa mestieri ricorrere ad altri agenti terapeutici, come quelli praticati con successo nell' osservazione or ora esposta. Puossi notare ad un

tempo come si andò contro ad ogni ritorno d'infiammazione, prescrivendo di tempo in tempo piccoli salassi locali, nel mentre che un certo numero di sostanze stimolanti venivano applicate alla pelle, introdotte nelle vie digerenti e portate nel sangue.

Prima di terminare queste riflessioni chiamerò ancora l' attenzione sul principio della malattia, su quello stato generale che precedette di ventiquattr'ore l'apparizione del primo dolore peritoneale, e durante il quale alcun sintomo non rivelava in particolare la sofferenza di un organo qualunque. Nulla di più comune che siffatto principio in un gran numero di casi d' infiammazioni acute; e allora è forza ammettere o che da principio siavi soltanto turbamento generale della circolazione e del sistema nervoso, e la localizzazione sopraggiunga solo più tardi; oppure che la lesione locale da principio latente si manifesti solo per mezzo delle simpatie che mette in azione. Ciò può esser vero relativamente a certi organi, i quali anche quando sono violentemente infiammati non annunziano la loro affezione che con sintomi locali poco marcati; tale si è bene spesso il caso della membrana. mucosa gastro-intestinale: ma ciò puossi egli ammettere anche rispetto alle membrane sierose, il cui più lieve grado di flemmasia viene segnalato dal dolore, e le cui simpatie, pel contrario, sono poco attive? Non devesi dunque ammettere in simil caso l'esistenza primitiva di una lesione locale, annunziata soltanto da sintomi generali, che qual fatto possibile, ma non dimostrato; e non si è meno fondato ad ammettere allora uno stato febbrile, indipendente da qualsiasi stato morboso locale che precede questo, e lo prepara in certo modo nella guisa che una simil febbre precede, per via d' esempio, nelle

donne fresche di parto la congestione mammaria e la secrezione del latte.

XV. OSSERVAZIONE.

Parto laborioso. Sintomi successivi o simultanei di metrite, di peritonite, di gastro-enterite e di aracnitide. Guarigione.

Una donna di ventisette anni partorì a termine li 10 aprile 1822. Il travaglio fu lungo e dolorosissimo; fino al sesto giorno tutto sembra essere succeduto come nello stato normale. Il settimo giorno i lochii furono soppressi, le mammelle si abbassarono ad un tratto, manifestossi un brivido grande che venne presto seguito da un calore ardente. L'ottavo, il nono e decimo giorno proseguono i medesimi sintomi, sensazione di pesantezza verso l'ipogastrio. Noi vedemmo l'ammalata per la prima volta l'undecimo giorno dopo il suo parto, quinto dall'apparizione degli accidenti. Allora la faccia era pallida ed affilata, gli occhi attorniati da un cerchio azzurrognolo notabilissimo; i lochii non colavano più da cinque giorni. L'addomine era flessibile ed indolente. Al disopra del pube, sentivasi un tumore piriforme, il cui asse era parallelo alla sinfisi e che pareva esser l'utero; la pressione su questo tumore vi eccitava dolore. Il collo uterino era gonfio, floscio, ardente e sensibilissimo al tatto. L'ammalata diceva di sentire una specie di spossatezza incomodissima ne' due inguini, e soprattutto al destro; la febbre era forte. Le funzioni digerenti non presentavano altra alterazione che un poco di amarezza di bocca e di bianchezza di lingua. Quest'ammalata venne riguardata come attaccata da metrite acuta (*Salasso al braccio di dodici once; venti mignatte alla vulva; fumigazioni emollien-*

ti, dirette verso il collo dell'utero; bagno tiepido; dieta). La dimane, sesto giorno, medesimo stato (*semplici tisane diluenti*). Alcune ore dopo la visita l' ipogastrio diviene sede di un vivo dolore che presto diffondesi in varj punti dell'addomine e che alla sera tutto lo occupa. Il settimo giorno noi troviamo i varj segni razionali di una peritonite: ventre teso, dolorosissimo spontaneamente, e facentesi tale ognor più col semplice tatto; nausee; polso di frequenza estrema e meno forte che nei giorni precedenti; pelle secca e ardente (*Trenta mignatte su l' addomine*). Nella giornata occorrono più vomiti di bile porracea. L' ottavo giorno (secondo dall' invasione della peritonite) esistono i medesimi sintomi, ed avvi inoltre un gonfiamento notabile di ventre, che sembra soprattutto dipendere dalla distensione del colon trasversale operata da gaz (*Vennero prescritte altre venti mignatte su l'addomine, ed un lavativo emolliente con aggiunta di sei gocce di olio essenziale di anici; fomentazioni emollienti su l' addomine; brodo di vitello con emulsione*).

Il nono giorno l' addomine era meno teso e molto meno doloroso; cionnondimeno tale ancora da togliere il poter riconoscere mediante il tatto lo stato del tumore epigastrico. Ma nuovi sintomi annunziavano l' invasione di altra flemmasia, quella della membrana mucosa gastro-intestinale; infatti la lingua, fino allora presso a poco naturale, erasi fatta rossa e liscia, una sete ardente erasi accesa, e molte dejezioni alvine liquide, ciascuna delle quali era preceduta da un dolore di colica che l' ammalata distingueva bene da' suoi dolori peritoneali consueti, erano occorse durante la notte (15 *mignatte all' ano*; *tisana d' orzo con gomma*; *continuazione della dieta*).

Il decimo e l'undecimo giorno, secchezza di lingua, denti fuligginosi; screpolature e sanguinolenza incessante delle labbra; diarrea copiosa; febbre intensa; calor acre alla pelle: durante questo tempo, diminuzione graduale de' sintomi della peritonite. L'undecimo giorno due vescicanti vennero applicati alle gambe. Alla sera, quindici ore a un dipresso dopo l'applicazione dei vescicanti, la malata si dolse, per la prima volta, di una forte cefalalgia frontale, e alla notte delirò. — Il duodecimo giorno la lingua era secca come un pezzo di pergamena; il delirio continuava; l'ammalata pronunziava parole interrotte e mal articolate: venivale indirizzata una domanda, ella non rispondeva; ma portava la mano alla fronte con espressione di dolore (10 *mignatte dietro ciascuna orecchia*; *cerotto sui vescicanti*). — Il tredicesimo e quattordicesimo, giorno, stato gravissimo, moti convulsivi delle membra; riso sardonico; alternative di un delirio tranquillo e furioso; cupa taciturnità; ad intervalli, tendenza al suicidio; ella dice che vuole uccidersi onde castigarsi di un gran delitto da lei commesso, e cerca impadronirsi di tutti gli oggetti che l' attorniano onde effettuare il suo intendimento. In altri istanti si crede in discorso col diavolo; afferma di abbruciare nell' inferno ec. Questo cattivo stato continuo persiste dai 15 ai 17 (*Ciascun giorno le vengono applicate delle mignatte dietro le orecchie*). Ma durante questo tempo, cosa notabile, la lingua ha ripreso un aspetto presso a poco naturale, e la diarrea è cessata. — Contando dal diciassettesimo giorno tutto si emenda, il delirio cessa, il moto febbrile diminuisce, ed il ventesimo giorno l' ammalata è convalescente.

Ho citato questa osservazione come tale che presenta un notabile esempio della complicazione di molte flemmasie tutte gravissime, che procedono insieme o succedonsi le une alle altre, e ciascuna delle quali viene annunziata da sintomi caratteristici ben marcati. Gli accidenti che dipendevano dalla peritonite diminuirono dal momento che la gastrite si manifestò; essi disparvero quando questa nuova flemmasia ebbe acquistato un certo grado d' intensità. I vomiti in ispecie cessarono quando la lingua cominciò a rivelare l' esistenza di una gastrite, prova di non poco momento che questo sintomo quasi costante della peritonite, non dipende punto da uno stato infiammatorio della membrana mucosa dello stomaco. La lingua si fece più secca in seguito all' applicazione de' vescicanti alle gambe, e al tempo stesso manifestaronsi accidenti cerebrali. Si può pensare che nel principio questi accidenti fossero puramente simpatici dell' affezione gastro-intestinale; ma più tardi i segni di quest' ultima dileguarono, la lingua riprese il suo aspetto naturale, la diarrea cessò; ciononondimeno i sintomi di meningite persistettero; fu anzi allora che presentarono il loro *maximum* d'intensità. — In questa malata era mestieri esistesse una assai grande forza di resistenza alle cause di distruzione che operavano sopra di lei: una sola delle infiammazioni onde fu attaccata avrebbe bastato a trascinar rapidamente al sepolcro molti altri individui; ella resistè a tutte e guarì.

SEZIONE SECONDA.

PERITONITI CRONICHE.

Solo col raccogliere e leggere delle osservazioni si può apprendere realmente a conoscere le forme infinitamente variate che l' infiammazione cronica del peritoneo può vestire. Sonovi, a vero dire, de' casi in cui osservansi presso a poco i medesimi sintomi che segnalano l'esistenza della peritonite acuta; altre volte però questi sintomi spariscono: così, sonovi peritoniti croniche dolorose soltanto al loro principio; altre che non hanno mai cagionato il più lieve dolore, simili in questo, a certe pleurisie onde si è parlato in un altro volume di quest' Opera, le quali nascono, sviluppansi e terminano colla formazione di vaste collezioni purulenti, senza che dai malati sia stato mai risentito dolore alcuno. Ve ne hanno altre nelle quali l' addomine conserva tutta la sua cedevolezza, e se non vi sono ad un tempo stesso dolori, l' infiammazione del peritoneo sarà quasi necessariamente mal ravvisata. In alcuni casi il principio della malattia è bensì stato una peritonite; ma più tardi non rimangono che i sintomi di una semplice ascite. In ragione della disposizione varia delle false membrane, le pareti addominali possono presentare notabili anomalie nella loro forma; il moto febbrile può essere continuo, non esistere che ad intervalli, o non mostrarsi affatto; la peritonite cronica trovasi ancora notabilmente modificata nel suo andamento e ne' suoi sintomi dalle varie malattie che possono complicarla, e che hanno la loro sede sia nel-

l'addomine, come le diverse affezioni del tubo digerente o del fegato, sia fuori di questa cavità, come molte malattie del polmone o delle sue dipendenze. Nel peritoneo cronicamente infiammato sviluppansi frequentemente varie produzioni accidentali, specialmente dei tubercoli; ivi meglio che in molti altri organi si può seguire la formazione di questi corpi, risalire alla loro etiologia e scoprire la loro natura. Determinate le varie forme che la peritonite cronica può prendere, resta ancora a cercare quale sia la miglior cura che loro conviene, e come questa cura voglia essere modificata giusta le circostanze. Nelle osservazioni qui sotto descritte cercherò di far conoscere e porre sotto gli occhi dei pratici alcuni de' punti più importanti della storia della peritonite cronica. Se eglino hanno veduto i fatti con che penso intrattenerli, ne rileggeranno forse la descrizione con qualche interesse; e se fra questi fatti, raccolti in un grand' ospedale, sonvene alcuni da loro non ancora osservati, forse non ne troveranno affatto inutile la lettura per la loro istruzione.

CAPITOLO PRIMO

PERITONITI CRONICHE, DA PRINCIPIO ACUTE.

XVI. OSSERVAZIONE.

Dolore addominale vivissimo e vomiti durante i dieci primi giorni. Più tardi sparizione di ogni segno d' infiammazione acuta del peritoneo. Collezione di pus nella cavità di questa membrana. Entero-colite cronica.

Una donna, in età di 44 anni, risentì verso li 21 di marzo, un vivo dolore, il quale partendo dall'ipogastrio

estendevasi fino alla regione inguinale. Essa ebbe allora nausee e vomiti. Applicate sul ventre delle mignatte in gran numero, ne fu alleviata. Dopo dieci giorni circa i dolori addominali erano notabilmente diminuiti, ma la pressione li faceva nascere di nuovo: la tensione del ventre persisteva; le forze più non ritornavano. L' ammalata si mantenne in questo stato fino ai sedici di maggio; allora trovavasi nello stato seguente: carni flosce, pallide; magrezza prossima al marasmo; debolezza generale portata al punto che non poteva mettersi in moto. I lineamenti del volto profilati esprimevano dolore; la faccia aveva un colore terreo. L'addomine era più grosso che nello stato naturale, ma cedevole; le sue pareti presentavano tale rilassatezza che la fluttuazione non poteva essere sentita; esso era doloroso sol quando premevansi l'ipogastrio ed i fianchi. La lingua pallida, coperta da uno strato gialliccio sporco; le tisane ed i brodi provocavano nausee e vomiti. Eravi sete e nessun appetito. Una diarrea copiosa esisteva da dieci settimane (*Molte dejezioni alvine in un' ora*). Il polso frequente e debole; la pelle calda e secca (*Riso con gomma*; *pozione con acqua di tiglio e sciloppo diacodio*).

Ne' giorni seguenti l' ammalata indebolissi rapidamente; la decozione bianca, il diascordio, e de' lavativi composti di tre grossi di amido e ventiquattro gocce di laudano, non arrestarono la diarrea. La morte avvenne il primo giugno.

Sezione del cadavere.

Visceri del torace e del cranio sani.

Un liquido brunastro, come sanioso, riempiva il pe-

ritoneo; esso separava dalle pareti addominali gl' intestini, molte anse de' quali erano saldate fra di loro.

La fine dell'intestino tenue ed il cieco presentavano numerose ulcerazioni.

Quando questa malata venne alla Carità i sintomi dell' enterite erano assai più apparenti che quelli della peritonite. Il ventre non presentava nè quella tensione, nè quella renitenza che mostra ordinariamente quando il peritoneo è infiammato. Lungi da ciò, esso aveva quella rilassatezza che vedesi negl' individui passati da uno stato adiposo assai rilevante ad una magrezza grande. Cionnondimeno le circostanze antecedenti, il dolore che lasciavasi sentire ancora mediante la pressione, fecero pensare a Lerminier che la flemmasia della sierosa, colla quale pareva che la malattia avesse cominciato, si fosse perpetuata allo stato cronico. L' autopsia cadaverica giustificò questo diagnostico. Esso era tanto più difficile in quanto che il declinamento della malata e la febbre tisica che minacciavala manifestavansi abbastanza dall' esistenza della diarrea cronica. Era una di quelle varietà di peritonite che, co' loro sintomi, si avvicinano molto all'ascite. Il colore brunastro del liquido che riempiva la sierosa merita pure di fermare la nostra attenzione; esso aveva la più grande analogia col liquido che riempie bene spesso l' ileo; quindi, primo nostro pensiere fu che avesse avuto luogo una perforazione di quest'intestino, sia negli ultimi istanti della vita, sia anche al momento in cui l' addomine venne inciso, in conseguenza di traimento operato su le porzioni dell' intestino ulcerate. Cionnondimeno nessuna soluzione di continuità vi fu trovata.

Una cura antiflogistica attivissima può alcuna volta

arrestare lo sviluppo di una peritonite acuta e togliere il malato ad una pronta morte; ma allora troppo sovente la flemmasia passa allo stato cronico, e se il malato non accusa più dolori, e il ventre non è sommamente teso, si può pensare, su le prime, la guarigione perfetta: viensi però crudelmente tratti da questa credenza, quando osservasi che le forze non ristabilisconsi, che un piccol moto febbrile persiste, e la convalescenza prolungasi indefinitamente.

XVII. OSSERVAZIONE.

Gastro-enterite acuta. Più tardi, dolore addominale, da principio passeggiero e mobile, poi stabile, vivissimo, peritoneale. Cessazione di questo dolore; persistenza della peritonite allo stato cronico.

Un calzolaio, in età di diciannove anni, venne allo spedale nello stato seguente: injezione generale della pelle; forte cefalalgia, polso pieno e frequente; bocca amara, lingua biancastra, punteggiata di rosso; costipazione; leggiere sensibilità alla pressione; tosse. Fu riguardato questo stato come dipendente da un' irritazione generale poco intensa delle membrane mucose gastro-intestinale e bronchiale (*Salasso al braccio, bevande emollienti, dieta*).

Nella giornata la cefalalgia diminuì, come pure la frequenza del polso; la pelle si coprì di una temperata umidità; il punteggiamento rosso della lingua si fece meno vivo. Ne'cinque giorni seguenti, dal 30 luglio al 5 agosto, febbre moderatissima, dolori addominali vaghi e poco intensi.

Dal 5 al 12 agosto il dolore dell' addomine fu notabile per l'estrema sua mobilità; il malato lo sentiva a

vicenda dall' ombellico all' epigastrio, dall' uno all' altro fianco, e nell' ipocondrio destro (*Dodici mignatte furono applicate due volte ai punti dolorosi*): esse tolsero via il dolore a quella parte ove furono poste; ma in breve questi dolori, simili ai dolori reumatici, venivano altrove. Il polso era assai frequente; la lingua aveva perduto la sua rossezza; le funzioni digerenti trovavansi presso a poco in uno stato naturale (*Crema di risi, minestra magra*).

Dal dodici al venti il dolore si mantenne stabile nel fianco destro; esso però era tollerabilissimo; esisteva sempre una lieve frequenza di polso.

Nella notte del 20 questo dolore inasprissi ad un tratto e si fece atroce. Al tempo stesso, ansietà generale somma, dispnea, vomiti di bile verde.

La mattina del 21 il ventre teso non potevasi premere leggermente in alcuno de' suoi punti, specialmente nel fianco destro, senza dolori insopportabili. Il più piccolo moto li faceva nascere. Il polso, esile, aveva acquistato una frequenza estrema. La pelle era ardente; la faccia, pallida e raggrinzata, esprimeva la più viva ansietà.

La peritonite era evidente (*Salasso copioso, trenta mignatte al fianco destro. Fomentazioni emollienti su la totalità dell' addomine. Tisana di seme di lino. Dieta assoluta*). Nel corso della sera non aveva avuto luogo alleviamento veruno.

Li 22 agosto. Aumento nella tensione del ventre, dolori non meno vivi; aspetto naturale della lingua, nessun benefizio di corpo da quarantott' ore (*Salasso copioso; altre trenta sanguisughe all' addomine; fomentazione. Pozione composta di due once d' olio di mandorle dolci, un'oncia d'olio di ricino, e due di sci-*

loppo di capelvenere). L' indimani mattina occorsero cinque dejezioni alvine.

— 23. Miglioramento sensibile. Faccia più calmata; ventre meno doloroso; polso più sensibile e meno frequente (*Venti mignatte all' addomine*, *fomentazioni*, *pozione oleosa*).

— 24. La pressione più non cagionava dolore, la tensione del ventre persisteva; fluttuazione oscura. Molte evacuazioni alvine lungo la notte, febbre poco intensa (*Venti mignatte sull' addomine. Tisana d' orzo*).

Ne' giorni seguenti il dolore addominale scomparve del tutto, ma il ventre restò teso. Il polso, senza frequenza di giorno, acceleravasi alla sera, e di notte eravi sudore. Il malato si mantenne in questo stato fino ai 16 settembre. Durante questo tempo, egli prese per solo alimento alcune minestre ciascun giorno. Li 17 settembre volle abbandonar lo spedale, avendo tutti i sintomi di una peritonite cronica; non poteva persuadersi che fosse ancora malato, e se le sue forze non riavevansi, ciò attribuiva al regime severo cui era assoggettato.

L' infiammazione del peritoneo cominciò in questo individuo a quel modo che abbiamo veduto sovente incominciare molte pleurisie. Dolori vaghi si fecero sentire successivamente in molti punti dell' addomine, senza che da principio alcun sintomo grave li accompagnasse. Gli è per tal guisa che effusioni pleuritiche veggonsi alcuna volta precedute da dolori leggieri e mobili, detti reumatici, e che non sembrano avere relazione veruna con flemmasia della pleura. Due applicazioni di mignatte non fecer che spostare il dolore. In questo stato che nulla presentava d' inquietante, i

sintomi di una peritonite acuta manifestaronsi ad un tratto; essi cedettero ad una cura antiflogistica attivissima praticata fino dal momento della sua apparizione: l' amministrazione dell' olio di ricino parve pure utile in questo caso. Quando i sintomi della peritonite acuta furono cessati, il malato si reputò guarito; ma la persistenza della tensione dell' addomine, la fluttuazione oscura che vi si faceva sentire ed il ritorno del moto febbrile in ciascuna sera, erano per noi indizio sicuro che l' infiammazione del peritoneo, non risolta, fosse passata allo stato cronico.

XVIII. OSSERVAZIONE.

Dolore addominale da principio; più tardi, addomine affatto teso. Tensione delle pareti addominali; saldatura delle anse intestinali, apparente al tatto sopra le pareti dell' addomine. Effusioni purulenti rinchiuse nel peritoneo.

Una donna nell'età di vent'anni che aveva partorito per la prima volta un anno prima della sua venuta allo spedale, trovavasi in uno stato ottimo di salute, quando un giorno, levandosi di letto, risentì un vivo dolore al fianco destro: un' applicazione di mignatte diminuì questo dolore, ma non lo fece sparire. Nel corso dei seguenti dodici giorni esso fecesi sentire in modo oscuro; la malata continuò del resto il suo modo di vita ordinario; ma dopo questo tempo tutto l' addomine si gonfiò e divenne dolorosissimo. Venuta il 21 marzo alla Carità, le furono applicate immediatamente *trenta mignatte su l' addomine che fecero sparire il dolore*).

La mattina appresso, 22, l'addomine si manteneva gonfio, ma indolente, tranne alla regione ipogastrica, ove la pressione cagionava dolore; vomiti da tre gior-

ni; lingua ordinaria; costipazione; polso frequentissimo, serrato; pelle calda (*Trenta mignatte all' ipogastrio, tre semi-lavativi con olio di mandorle dolci, pozione con olio di ricino, tisana di seme di lino*).

Dal 23 al 28 l'addomine si rese affatto indolente; esso però divenne sempre più duro, teso, e come bernoccoluto; palpandolo, credemmo sentire gl' intestini saldati e componenti una sola massa. Il polso era frequente e debole; esisteva un poco di diarrea.

Dal 1.° aprile ai 22 dello stesso mese i sintomi dal lato del peritoneo restarono i medesimi; ma si stabilì una copiosa diarrea. L'ammalata indebolissi ognor più; la lingua e le labbra avevano un pallore notabile. Ella pareva spegnersi insensibilmente senza che vi fosse, propriamente parlando, reazione febbrile.

Verso la fine del mese di aprile la respirazione, fino allora libera, si rese difficile, e dopo due giorni di rantolo tracheale l' ammalata spirò.

Sezione del cadavere.

Gl'intestini sono uniti fra di loro da un gran numero di piccole briglie cellulose. Queste, in vari punti, circoscrivono degli spandimenti purulenti che formano come altrettanti ascessi isolati. Gli scompartimenti che costituiscono le pareti di questi ascessi hanno un color rosso nericante; l'escavazione del piccolo bacino, la fossa iliaca destra ed il fianco del medesimo lato, sono pieni di una quantità grande di pus verdaceo. A sinistra dell' utero trovasi una borsa purulenta che può ammettere un arancio, e sembra essersi sviluppata nella grossezza del ligamento largo di questo lato.

La membrana mucosa gastrica è molle, e sparsa nella porzione splenica di linee rossicce.

Bianchezza e buona consistenza della membrana mucosa dell' intestino tenue e dell' intestino grasso, fino al retto esclusivamente. L' intestino grasso è pieno di materie fecali dure. La membrana mucosa del retto soltanto presenta delle piastre rosse membranose, e questo intestino contiene delle materie liquide.

Stato sano degli organi del torace e del cranio; l'ingorgamento del polmone non è quale si avrebbe potuto presumere giudicando dall' imbarazzo della respirazione e dal rantolo occorso negli ultimi tempi della vita.

In questa malattia tre sono i periodi da osservarsi, sotto il rapporto de' sintomi della peritonite. Da principio vedesi un dolore poco intenso non accompagnato da fenomeno alcuno morboso: gli è un consimile dolore, per modo d' esempio, quello che precede nelle donne l' apparizione delle regole. Cionnondimeno questo sintomo, sì lieve in apparenza, è come il precursore de' più gravi accidenti: questo dolore che pareva non collegato a qualsiasi cosa, che non era tale da impedire al malato l'accudire alle proprie occupazioni ordinarie, trasformasi, dopo un certo tempo, in un dolore che prende tutti i caratteri de' dolori peritoneali, e allora soltanto si manifestano gli altri sintomi della peritonite acuta. Questi sintomi spariscono prontamente in conseguenza di una copiosa emissione di sangue, e allora comincia il terzo periodo, quello durante il quale la malattia del peritoneo mostrasi sotto forma cronica. Essa sola avrebbe bastato senz' altro a trascinare il malato lentamente al sepolcro; ma la sua morte fu pur affrettata dalla copiosa diarrea stabilitasi. L' alterazione organica che produceva quest' ultima aveva una sede

assai circoscritta; essa risiedeva nel solo retto; in ogni altra parte l'intestino andava esente da alterazione qualunque.

Le lesioni trovate nel peritoneo attestano la forma cronica dell'infiammazione di questa membrana. Si notino le briglie numerose formate da un tessuto cellulare denso e già bene organizzato, quantunque la malattia non contasse ancora una data gran fatto antica. Notinsi pure gli ascessi moltiplici, le cui pareti componevansi da briglie cellulose, e inoltre l'ascesso sotto mucoso, formatosi nella grossezza di uno de' ligamenti larghi. Si concepisce in simil caso dover essere impossibile lo scorgere la fluttuazione. I tramezzi membranosi che rinchiudono il pus in altrettante cavità distinte vi oppongono un vero ostacolo.

XIX. OSSERVAZIONE.

Da principio dolori addominali, ma poco vivi, i quali continuano più tardi a farsi sentire ottusi, mediante una forte pressione. Diarrea. Tubercoli nel peritoneo, nel pericardio e nel polmone. Perforazione dell' ileo operatasi dal di fuori in dentro.

Un sartore, in età di 24 anni, fu assalito senza causa nota, al principio del mese di dicembre 1821, da dolori addominali, che però non furono mai vivissimi; egli aveva ad un tempo un poco di diarrea. Non uscì di sua stanza il giro di tre settimane, poi, venuto alla Carità, presentava lo stato seguente:

Magrezza generale; faccia pallida, abbattuta; addomine teso, gonfio al disopra dell'ombilico, presentante una fluttuazione oscura sotto questo punto, doloroso soltanto mediante una pressione poco forte, principalmente verso il fianco sinistro; evacuazioni alvine (*Sette*

ad otto, nel giro di 24 ore), simili ad acqua colorita in giallo, precedute sovente da coliche. Lingua rossa verso la punta, biancastra nel resto della sua estensione; anoressia, vomiti di tempo in tempo; polso frequente e piccolo; tosse leggiera; l'ascoltazione e la percussione non lasciano scorgere nulla d'insolito negli organi toracichi. Noi riguardammo come non dubbiosa l'esistenza di una doppia infiammazione cronica del peritoneo e della membrana mucosa gastro-intestinale (*Quaranta mignatte all' ano; fomentazioni emollienti su l' addomine, tisana di orzo; giuleppe, dieta*).

Fino al domattina il malato non risentì colica veruna e non andò pure di corpo.

Ne' cinque o sei giorni seguenti la diarrea non riapparve; nessun miglioramento però avvenne relativamente alla peritonite: il polso aveva una frequenza estrema. Venivagli concesso l'uso di alcune creme di risi e di alcuni brodi.

Nel resto del mese di gennaio l'addomine si gonfiò sempre più; potevalosi premere senza dolore. Occorreva ciascun dì una sola evacuazione alvina. Il polso era abitualmente frequente, la pelle aveva un'aridezza notabile; le forze diminuirono. Il malato vomitava di tempo in tempo una piccola quantità di bile; il sangue mostrava un aspetto naturale.

Verso il principio del mese di febbraio la tosse aumentò, ed un poco di oppressione cominciò a farsi sentire. Il petto, percosso di nuovo a quest' ora, risuona bene in ogni sua parte; la respirazione udivasi senza rantolo alcuno. Il polso aveva una debolezza estrema; il marasmo era portato all' ultimo grado; durante la notte erano occorsi de' sudori. — Li 14 febbraio il malato ebbe un altro vomito. La mattina del 15, tutto

che debolissimo, dava compiutamente ragione del suo stato; spirò senz'agonia alcune ore dopo la visita. Fino alla morte l'addomine si mantenne perfettamente indolente.

Sezione del cadavere.

Le pareti addominali aderivano fortemente agl'intestini. Un liquido di un grigio brunastro avente l'aspetto e l'odore delle materie stercorali liquide, esisteva nel peritoneo.

Le anse dell'intestino tenue, riunite in una sola massa, erano saldate fra di loro e coperte da false membrane grosse, di un nero intenso, in mezzo alle quali esistevano numerosi tubercoli. Sotto a queste membrane trovavasi il peritoneo non injettato, sottile e trasparente come nel suo stato ordinario. Nel tessuto cellulare interposto fra esso e la tunica carnosa degli intestini, erasi pure sviluppato un gran numero di tubercoli; molti, rammollendosi, avevano distrutto la porzione del peritoneo che li copriva, e ne risultava quindi un'ulcera il cui fondo era formato dalla membrana muscolare, ed i margini dalla tunica sierosa irregolarmente frastagliata. In altri punti la stessa membrana carnosa era distrutta, ed il fondo dell'ulcera non più formato che dalla membrana mucosa rimasta sana. Finalmente, cinque in sei traversi di dito al disopra della valvola ileo ciecale, la membrana mucosa era pur stata distrutta, e la perforazione dell'intestino ne fu conseguenza. Un piccolo pisello avrebbe potuto passare attraverso questa apertura; i suoi bordi erano esattamente circolari.

La membrana mucosa gastro-intestinale era in ogni

sua parte bianca, di grossezza e consistenza ordinarie.

La sommità del polmone destro conteneva alcuni tubercoli crudi, separati da un tessuto polmonare sano.

Il tessuto sieroso del pericardio che copre la membrana fibrosa aderiva, nella maggior parte della sua estensione, a quello che cuopre il cuore; false membrane grosse e bianche li uniscono. L'interno di queste pseudo-membrane era sparso di numerosi tubercoli.

I dolori che indicarono il principio di questa peritonite furono meno vivi di quello abbiamo veduto esistere nelle osservazioni precedenti: ad un'epoca più inoltrata della malattia essi dileguarono affatto; si può non di meno vedere nelle specialità della sezione del cadavere, quanto gravi fossero i disordini organici del peritoneo. Il modo di perforazione dell' intestino, operatosi dal di fuori in dentro, merita essere notato.

L' applicazione di quaranta mignatte all'ano fece cessare una diarrea la cui data era già piuttosto antica.

XX. OSSERVAZIONE.

Peritonite cronica tubercolosa, con leggieri dolori soltanto da principio. Ascite con infiltrazione del volto e dei membri addominali. Ulcerazioni intestinali. Tisichezza polmonare.

Un calzolaio, in età di 19 anni, risentì verso la fine del mese di maggio 1822 un dolore addominale, il quale, quantunque piuttosto vivo, non gli tolse di poter continuare il suo lavoro; in breve però egli fu costretto di mettersi a letto ogni giorno dopo mezzodì. Questo dolore aumentava colla pressione, e quando camminava. Il malato non vomitava e non aveva diarrea; tossiva molto, indebolivasi, ed aveva febbre tutte

le sere. Dalla metà del mese di luglio una copiosa diarrea era sopraggiunta.

Quando venne alla Carità, verso il 12 agosto, presentò lo stato seguente: faccia pallida, un poco gonfia; lieve infiltrazione in giro a' malleoli; dolore interno all' ombelico che aumentava con una pressione alquanto forte; ventre gonfio, presentante una fluttuazione manifesta; tre o quattro evacuazioni alvine liquide in ventiquattr' ore; tosse leggiera e secca; polso frequente e piccolo; sudore ciascuna mattina; magrezza notabile delle membra e delle pareti toraciche.

Nel corso del mese di agosto, mediante un regime temperato e fomentazioni emollienti su l' addomine, il dolore scomparve compiutamente; ma la tosse aumentò; la diarrea persistette, il polso non perdette la sua frequenza, i sudori si fecero più copiosi, la debolezza ed il marasmo fecero rapidi progressi. Il malato succumbette li 31 agosto alle sette della sera.

Sezione del cadavere
fatta tredici ore dopo la morte.

Testa. Aracnoide nel suo stato ordinario; ventricoli contenenti ciascuno una buona cucchiaiata (cucchiaio da tavola) di sierosità limpida.

Petto. Il suo diametro verticale era notabilmente diminuito per effetto del ricalcamento del diaframma in alto. Il cuore, nel suo stato fisiologico, nuotava in mezzo a un gran bicchiere di sierosità limpida. I polmoni aderivano fortemente alle pareti toraciche. Il lobo superiore del polmone sinistro era come trasformato in una materia tubercolosa, talchè appena vedevasi qualche traccia del parenchima polmonare. Alla sommità

esisteva una cavità che poteva contenere una noce. Il lobo inferiore del polmone sinistro e tutto il polmone destro erano sparsi di tubercoli miliari. Il tessuto polmonare che li separava era sano e crepitante.

L'incisione dell'addomine lasciò uscire presso ad un secchio di sierosità citrina. L'epiploon fu trovato indurito e formante una massa densa, la quale all'alto era applicata e fermata al colon trasversale, ed al basso abbracciava la massa degli intestini tenui; esso conteneva un numero grande di tubercoli miliari. Da questa massa staccavansi moltissimi prolungamenti membranosi, pieni ugualmente di tubercoli, e che terminavansi od al mesenterio, o in varie porzioni d'intestino: gl'intestini stessi erano riuniti da false membrane, nelle quali eransi pur sviluppati de' tubercoli. Al centro del mesenterio esisteva un tumore voluminoso, formato da molti aggomitolati gangli linfatici tubercolosi.

La superficie interna dello stomaco era bianchissima, un poco bruna verso il piloro; la superficie interna dell'intestino tenue era in ogni sua parte pallidissima. Verso la fine dell'ileo esistevano alcune piastre di punti neri; in mezzo a queste piastre la mucosa era sollevata da piccoli tubercoli, crudi, aventi il volume della testa di uno spillo. Immediatamente sopra la valvola ileo-ciecale esisteva un'ulcerazione con margini bianchi e non rialzati; il fondo, ugualmente bianco, era formato dalla tunica carnosa. Al disotto della valvola vedevansi scavate due o tre ulcerazioni, simili alla precedente; la valvola stessa era sede di un'ulcerazione che avevala perforata e trasformata in una specie di ponte: numerosi tubercoli la ricoprivano.

Qui il dolore è ancor meno sensibile che nel caso

precedente; esso esisteva da principio senz' altro sintomo grave, e non era abbastanza vivo da obbligare il malato a sospendere le sue penose occupazioni. Più tardi esso dispare compiutamente e non osservasi più altro che i sintomi di una semplice ascite, complicata con enterite cronica e con un' affezione tubercolosa dei polmoni. Cionnondimeno, non eravi nel peritoneo neppure sierosità alcuna; vi si trovarono tracce non dubbie di un antico processo di flemmasia, ed in mezzo a prodotti di questa eransi sviluppati de' tubercoli. Così nell' attuale osservazione, come nella precedente, l'esistenza de' tubercoli nel peritoneo ed in altre sierose coincideva coll' esistenza de' tubercoli nel parenchima polmonare.

Faremo notare la scolorazione totale della membrana mucosa intestinale, malgrado le ulcerazioni ond' era sparsa; queste ulcerazioni stesse erano bianche nel loro fondo e sui loro margini.

XXI. OSSERVAZIONE.

Ascite preceduta dai dolori di peritonite acuta. Riassorbimento spontaneo dello spandimento coincidente con un flusso copioso di orina. Guarigione perfetta.

Un segatore di tavole, in età di 64 anni, godette di buona salute fin verso il mese di aprile 1822. A questa epoca egli venne allo spedale maggiore per una ferita al piede. Otto giorni dopo la sua entrata risentì vivi dolori all' addomine e che la pressione inaspriva; poi l'addomine aumentò a poco a poco di volume. Abbandonò lo spedale, guarito della sua piaga, ma con un'enorme ascite. Poco tempo appresso venne alla Pietà,

ove un numero grande di mignatte vennero inutilmente applicate su le pareti addominali: ne uscì, sens'essere stato alleviato, verso li 15 giugno. Li 20 dello stesso mese, le gambe cominciarono a gonfiarsi per la prima volta; dopo quattro a cinque giorni l'edema si estese alle cosce, quindi allo scroto. Il malato venne alla Carità li 29 giugno.

A quest'epoca, le pareti addominali erano distese da una quantità notabile di liquido, il cui ondeggiamento facevasi agevolmente sentire. Le gambe, le cosce e lo scroto erano mediocremente infiltrate. La lieve difficoltà della respirazione pareva dipendere unicamente dal ricalcamento del diaframma. Le pulsazioni del cuore non presentavano nulla d'insolito; il polso, senza frequenza, aveva la forza consueta. L'appetito era mediocre, la sete nulla, le dejezioni alvine di buona natura, le orine rare e sedimentose.

Avuto riguardo alle circostanze antecedenti, potevasi presumere che l'ascite fosse succeduta ad una flemmasia del peritoneo (*Tisana d'orzo nitrato*, *frizioni colla tintura di digitale*, *quarto*).

Questo malato si mantenne nel medesimo stato fin verso la metà del mese di agosto; poi, senza che alcun mutamento avvenisse nella cura, le sue orine si fecero tutt'ad un tratto copiosissime, e ad un tempo l'idropisia diminuì rapidamente. L'orina continuò a colare così, e l'idropisia a diminuire sino alla fine del mese. Li 29 i membri e l'addomine non presentavano più traccia veruna di spandimento sieroso. Il malato uscì in buono stato di salute li 31.

Così in questa osservazione, come nelle precedenti, dolori che parevano dipendere da un'infiammazione

del peritoneo, seguono il principio della malattia; poi questi dolori spariscono compiutamente. Qui però non resta più cosa che annunzii una flemmasia peritoneale, e non vedesi che una semplice idropisia. Invano venne a questa opposta l' applicazione di un numero grande di mignatte su l'addomine; pel contrario essa disparve nel tempo stesso che un flusso copioso di orina si stabilì spontaneamente.

CAPITOLO SECONDO

PERITONITI CRONICHE FINO DAL LORO PRINCIPIO.

XXII. OSSERVAZIONE.

Ascite sopraggiunta senza dolore. Edema delle membra. Sierosità torbida, piena di falde nel peritoneo. Scirro dello stomaco e del colon.

Un fabbricatore di coperte, in età di sessant' anni, cominciò andare soggetto a turbazioni nelle funzioni digerenti, due anni prima della sua venuta allo spedale; egli non risentì mai dolore alcuno all' epigastrio, e sette mesi soltanto prima che noi lo vedessimo, cominciò a vomitare.

Quando questo malato fu assoggettato alla nostra osservazione, trovavasi in uno stato di marasmo; la faccia era pallidissima; la maggior parte degli alimenti che prendeva, venivano vomitati molte ore dopo la loro introduzione. L'anoressia era completa; molti rutti acidi occorrevano; la lingua vedevasi coperta da una patina gialla densa; la costipazione era ostinata.

Al tempo dell' ingresso del malato, *gli vennero con*

successo applicate delle mignatte all' epigastrio ed alcuni giorni più tardi, un *moxa.* In conseguenza dell' applicazione di questo topico, i sintomi gastrici parvero da principio emendarsi; i vomiti in particolare si fecero più rari; ma in breve l' addomine cominciò a gonfiarsi, e l' esistenza di un' effusione peritoneale non tardò guari a rendersi manifesta. Al tempo stesso i vomiti e le acidezze mostraronsi come innanzi l' applicazione del moxa.

Un mese dopo l' apparizione dell' ascite i membri inferiori cominciarono a gonfiarsi. Eravi sempre apiressia. I vomiti si fecero sempre più frequenti; il malato dolevasi di essere soggetto a rigurgitazioni incessanti; tutta la sua nutrizione restrignevasi a pochi brodi. Indebolivasi di giorno in giorno, orinava pochissimo, non sudava mai; il polso facevasi di tempo in tempo un po' frequente; la lingua, stata lungo tempo quella di un uomo in perfetta salute, divenne rossa e secca; allora il polso crebbe di frequenza e si rese piccolissimo. L' addomine, sommamente teso fino agli ultimi momenti, non era mai stato doloroso.

Sezione del cadavere.

Sierosità torbida nel peritoneo contenente falde albuminose, le quali vedevansi soprattutto in copia grande verso l' ipocondrio sinistro. Iniezione della membrana mucosa gastrica verso il fondo cieco: nell' estensione di due traversi di dito al di qua del piloro, questa membrana più non esisteva; l'ulcera risultante dalla sua distruzione presenta un fondo brunastro, formato dal tessuto laminoso notabilmente ingrossato e indurato (scirro). In questo medesimo spazio più non trovansi

tracce della tunica muscolare; il piloro, ristretto d'assai, non ammette l' estremità del dito piccolo. Il resto del tubo digerente era sano, tranne in un punto del colon trasversale avente a un di presso tre pollici di lunghezza e uno in larghezza, ove la mucosa, come aggrinzata, presenta molte piccole frange nericanti che sembrano risultare da questo aggrinzamento. Al disotto di essa il tessuto laminoso ha un aspetto scirroso simile a quello del piloro.

Non v' ha dubbio, a giudicare della natura delle lesioni trovate sul cadavere, che esistesse in questo individuo una peritonite. Cionnondimeno questa infiammazione non era stata annunziata da dolore alcuno, sia al suo principio, sia durante il suo corso: tutto sembrava indurre alla credenza che la gonfiezza del ventre fosse risultamento di una semplice ascite, detta essenziale.

Questa peritonite, sì affatto indolente, sopraggiunse qual complicazione verso l'ultimo periodo dell'affezione dello stomaco; questa, essenzialmente cronica, tornò allo stato acuto negli ultimi giorni della vita del malato. A questo stato acuto spettava la rossezza viva che vedevasi in una porzione della membrana mucosa gastrica, e, durante la vita, il cangiamento subitaneo nello stato della lingua, la quale, fino allora naturale, divenne rossa e secca. Nel tempo stesso che manifestossi questo sintomo di gastrite acuta, la prostrazione fece rapidi progressi, e lo stato adinamico nel quale il malato uscì di vita, mostrò bene in questo caso essere risultamento della flemmasia acuta dello stomaco, innestata sur un' affezione cronica di questo viscere.

Noteremo finalmente l' esatta simiglianza tra la lesione organica dello stomaco e quella del colon.

XXIII. OSSERVAZIONE.

Ascite sopraggiunta senza dolore; anassarca. Spandimento rossastro con false membrane nel peritoneo. Rammollimento del tessuto del cuore.

Un uomo di 63 anni venne allo spedale verso il principio dell' anno 1822. Egli aveva a quell' ora un' ascite rilevante ed un edema de' membri inferiori : *mai non aveva risentito dolore all' addomine.* Questa idropisia esisteva da sette mesi; il malato dolevasi di un poco d' oppressione. Applicando la mano su la regione precordiale, appena sentivansi le pulsazioni del cuore; col cilindro, sentivansi senza impulsione sotto le due clavicole; il polso era irregolare; ciascuna pulsazione del cuore veniva accompagnata da un lieve strepito di soffietto. Nel corso dei quattro o cinqne mesi che questo malato soggiornò allo spedale, mantennesi quasi sempre nel medesimo stato, poi morì ad un tratto : il giorno prima della sua morte erasi alzato ed aveva passeggiato nelle sale.

Sezione del cadavere.

Il peritoneo contiene una quantità grande di sierosità rossiccia; gli intestini sono tutti coperti da false membrane grosse e nere.

Le pareti del cuore sottilissime e talmente molli che un lievissimo traimento basta a lacerarle, e il dito puntato con poca forza sopra l' estrema sua superficie, vi si affonda con facilità. Rossezza nella membrana interna del cuore e dell' aorta; essa è in contatto con sangue nero liquido; polmoni sani non ingorgati.

Il fegato non occupa che una piccola parte dell' ipocondrio destro; al pari del cuore, esso lasciasi lacerare colla massima facilità.

La milza è assai piccola.

Qui la peritonite è ancor più marcata, sotto l' aspetto delle alterazioni organiche, che nel soggetto dell' osservazione precedente; cionnondimeno, anche qui la peritonite fu sempre affatto indolente. Non è certo a priori che si avrebbe ammesso, essersi le false membrane grosse, che coprivano da ogni parte il gran fascio intestinale, formate senza eccitare là ove producevansi alcuna sorta di sensibilità morbosa.

Noi arresteremo l' attenzione del lettore sul notabile rammollimento che mostrò in questo individuo il tessuto del cuore. Nessun'altra lesione organica di questo viscere e delle sue dipendenze rese conto nè dello strepito di soffietto, nè dell' irregolarità del polso.

XXIV. OSSERVAZIONE.

Ascite preceduta da anassarca; addomine costantemente indolente e cedevole. Effusione sanguinolenta nel peritoneo; false membrane organizzate, e tubercoli in mezzo di esse.

Un fumista, in età di ventisett' anni, capelli neri, pelle bruna, ha goduto di buona salute fino al mese di febbraio 1822. Allora egli cadde da un' altezza di 15 piedi, e si rovesciò nella caduta sopra di lui un secchio di acqua fredda che gli si asciugò indosso. L' indimani tossì, e continuò a tossire pel corso di due mesi. Dopo questo tempo sputò sangue; sì fatta emotossia tornò più volte; la tosse continuò. Verso la fine di aprile sentì un calore insolito; cominciò la notte a

sudare. Andato pertanto all'ospedale maggiore, gli furono applicate *cento ottanta mignatte e più vescicanti al petto.* Quando ne uscì, non tossiva più; la sua respirazione era libera; ma in breve la tosse tornò; dapprima gonfiaronsi i piedi, poi li membri inferiori, e finalmente l'addomine, nel quale mai non risentì dolore veruno.

Quando venne alla Carità la respirazione udivasi forte e netta davanti alle due coste: in dietro ed a destra essa era netta; a sinistra esisteva un rantolo bronchico. Il cuore udivasi senz'impulsione, senza strepito e regolare, alla region precordiale e un poco lungo lo sterno e sotto la clavicola sinistra: tosse frequente, sputi di catarro acuto; oppressione; polso notabilmente piccolo e che alcuna volta spariva compiutamente; lingua vermiglia; buon appetito; una o due evacuazioni ogni ventiquattr' ore; fluttuazione evidente nel ventre, il quale non presentava tensione alcuna.

Questo malato indebolissi gradatamente: la sua respirazione andò di male in peggio, e finalmente uscì di vita.

Autopsia del cadavere.

Cranio. I ventricoli appena contenevano una cucchiaiata (piccolo cucchiaio da caffè) di sierosità limpida.

Torace. Il diaframma era ricalcato fino alla quarta costola. Il cuore vedevasi nascosto quasi intieramente dal polmone; il pericardio aderiva al polmone, ed era attorniato di tessuto laminoso infiltrato; esso aderiva al cuore mediante una falsa membrana grossa e che

pareva antica. Le pareti del cuore vedevansi alquanto assottigliate; le sue cavità contenevano sangue fluido. I due polmoni, perfettamente crepitanti e gonfii nella loro parte posteriore, erano sparsi di moltissime granulazioni miliari.

Addomine. Il peritoneo conteneva tre litri di un liquido sieroso e sanguinolento. Il peritoneo delle pareti addominali era coperto di una falsa membrana sottile, tinta in rosso dalla sierosità. Esso era unito agli epiploon, agl' intestini ed al fegato da briglie cellulose che formavano cavità e cellule, alcune delle quali avevano il volume di un uovo, altre, più piccole, contenevano o sierosità citrina, o sierosità sanguinolenta. Il grande epiploon erasi ristretto in una massa densa, estesa dall' uno all' altro ipocondrio, fissa al livello dell' ombilico dinanzi all' arco del colon: prolungamenti membranosi la univano al mesenterio. Nel suo interno mostravasi sviluppata un' infinità di tubercoli miliari. Gl' intestini erano congiunti da false membrane nel cui interno esistevano pure tubercoli miliari. Queste false membrane formavano le pareti di altrettante cavità che contenevano liquidi diversi. La mucosa dello stomaco e degl' intestini presentava un legger colore bruniccio che era presso il cieco più sensibile. Gl' intestini grassi avevano un pallore notabile. Il tessuto sotto-mucoso del colon vedevasi infiltrato. Il fegato era piccolissimo; la milza poco sviluppata.

Questa osservazione presenta pure un esempio singolare di peritonite latente, sviluppatasi senza dolore veruno. Osservando l'addomine perfettamente cedevole, senza tensione e senza renitenza, era impossibile il non credere ad una semplice collezione di sierosità. Ciò che pur poteva trarre in errore si è, che l' infiltrazione era

cominciata dai membri, come ne' casi in cui l'anassarca è prodotto da una malattia del cuore.

Il polso, piccolissimo e insensibile ad intervalli, pareva combinarsi ad una malattia del cuore. Nulla trovammo che valesse a rendercene ragione.

XXV. OSSERVAZIONE.

Entero-colite cronica, seguita da ascite. Riassorbimento di questa; recrudescenza de' sintomi dell' infiammazione intestinale e morte. False membrane nere sparse di tubercoli nel peritoneo. Massa grigiastra amorfa, situata in mezzo alla sua cavità. Ulcerazioni intestinali formate dal di fuori in dentro.

Un sarto, nell'età di diciannove anni, aveva fermato sua stanza in Parigi da un anno, quando venne assalito da diarrea. Tre settimane dopo lo stabilimento di questa, l' addomine si gonfiò, e sei settimane all' incirca dopo l' apparizione della diarrea che persisteva, il malato venne alla Carità. *Fino allora egli non aveva risentito dolore alcuno all' addomine.*

Al tempo del suo ingresso i lineamenti del volto non parevano alterati; la pinguedine era piuttosto notabile, i muscoli ben sviluppati. Il ventre, gonfio, presentava una fluttuazione evidente; *esso non era niente doloroso.* Lingua bianca; cinque a sei evacuazioni liquide ciascun giorno. Polso appena frequente, pelle senza calore, orine rare. Il petto, percosso e ascoltato, parve in uno stato sano.

Questo individuo venne riguardato come attaccato da una flemmasia cronica della parte inferiore del tubo digerente, con effusione consecutiva di sierosità nel peritoneo. Il buono stato della nutrizione poteva far sperare che la guarigione fosse per effettuarsi (*Dieci mi-*

gnatte all' ano, *fomentazioni emollienti all' addomine*, *tisana di orzo con gomma*).

La dimane, diminuzione del numero delle dejezioni alvine; orine assai più copiose; apiressia completa (*Seconda applicazione di mignatte all' ano*).

Ne' giorni seguenti la diarrea cessò intieramente; ma l'ascite non diminuiva. Vennero prescritte delle *frizioni su le membra con tintura di digitale.* Questa medicazione non aumentò la secrezione dell' orina; allora cercossi di sollecitare i sudori: *Quindici grani di polvere di Dower vennero dati in due dosi ad un' ora d' intervallo.*

Il malato sudò poco, per la prima volta, in conseguenza di questa amministrazione; ne' cinque giorni seguenti continuazione della medesima medicazione; sudori copiosi. Viene soppressa; i sudori più non si mostrano; ciononpertanto la collezione peritoneale non diminuiva.

Lerminier praticò allora il metodo di Sydenham; la diarrea già da lungo tempo più non esisteva; la lingua era naturale; eravi mancanza totale di reazione febbrile e di sensibilità addominale.

Si credette quindi poter dar opera a sollecitare le evacuazioni alvine: con tale scopo vennero prescritte da prima, per due giorni di seguito: *Due once di olio di ricino ed una di sciloppo di prugnolino*; poi, vennero date *delle pillole composte di calomelano e di sapone.*

Queste furono continuate per molti giorni; numerose evacuazioni alvine si eccitarono, e ad un tempo l'ascite diminuì a tale che la fluttuazione in breve si fece affatto oscura. Ma, d'altra parte, altri fenomeni morbosi si mostrarono: la febbre si accese, la tosse sopraggiunse, la nutrizione alterossi ognor più; le evacuazioni per

disotto divennero sanguinolenti con dolori agl' intestini penosissimi; succedette il delirio, e il malato uscì di vita in mezzo ai sintomi di una dissenteria acuta.

Sezione del cadavere.

Una piccola quantità di liquido grigio-brunastro era sparsa nel peritoneo e riempiva l' escavazione del piccolo bacino. Davanti alle vertebre lombari vedevasi stesa una specie di membrana ripiegata e come rotolata sopra sè stessa, grossa da tre in quattro linee, di un grigio sporco, presentante una delle sue facce liscia e pulita, l' altra rugosa ed ineguale, fluttuante, libera da ogni aderenza, in mezzo alla cavità peritoneale. Era egli un fascio di false membrane? Od era forse il grande epiploon, il quale preso da cangrena veniva separato dal peritoneo?

Tutto il gran fascio intestinale trovavasi coperto da false membrane grosse, di un nero di ebano, sparse di numerosi tubercoli. Molti di questi corpi esistevano pure fra la membrana sierosa e la tunica carnosa degl' intestini; alcuni, rammolliti, avevano prodotto delle ulcerazioni il cui fondo era formato dalla membrana muscolare, e in una di esse dalla membrana mucosa.

La porzione di membrana sierosa che copre le pareti addominali era pure coperta da una falsa membrana nera e tubercolosa.

Lungo l' estremità del collo e dello stomaco esistevano molti gangli linfatici tubercolosi; vedevansene pure alcuni intorno al piloro.

Nulla di notabile nello stomaco, come pure nella parte superiore dell' intestino tenue. Rossezza intensa

della membrana mucosa della fine dell' ileo e di quella dell' intestino grasso in tutta la sua estensione.

Stato sano degli altri visceri addominali, come pure degli organi del torace e del cranio.

Ecco ancora un esempio di flemmasia cronica delle più gravi del peritoneo, che, durante la vita, pareva una semplice ascite: essa sviluppasi senza dolore e non altera notabilmente il moto nutritivo generale. Essa sembra essersi sviluppata consecutivamente alla malattia della membrana mucosa ileo-colica.

Si può vedere quanto in questo caso fosse vantaggiosa una cura antiflogistica moderata per fare compiutamente sparire la diarrea che, abbandonata a sè medesima, era già continuata più di due mesi. Al tempo stesso che la flemmasia intestinale si emendò, la secrezione orinaria aumentò talmente che l' applicazione delle mignatte all' ano, diminuendo l' eccesso di vitalità stabilitosi sur una parte, ritornò l' equilibrio delle funzioni degli organi, e fece così l' ufficio di un medicamento diuretico.

Cionnondimeno nessun cangiamento sopraggiunse, sia ad un tempo stesso, sia consecutivamente, nello stato del peritoneo; nè l' ascite diminuiva. Le orine eransi fatte di nuovo torbide e rare; allora venne sperimentata la tintura di digitale in frizione, la quale parve non avere avuto sui reni influenza veruna. Si volle poscia determinare un flusso verso la pelle, onde diminuire l' attività dell' esalazione peritoneale, od anche favorire il riassorbimento del liquido effuso: furono bensì dalla polvere di Dower eccitati de' sudori (ed è anche questo uno di que' casi in cui la sua amministrazione ci parve eccitare più evidentemente sudore), ma

la collezione peritoneale non diminuì. Fu allora che, in causa de' motivi allegati nel corso dell' osservazione si credette poter tentare la medicazione detta *idragoga*: essa venne effettivamente coronata da un buon successo, in questo senso che mentre stabilissi un flusso intestinale, l' ascite diminuì rapidamente; ma, d' altro lato, sintomi gravi si mostrarono: un' infiammazione intestinale acuta ebbe origine con reazione simpatica sul cuore, sul cervello e sul polmone. La febbre in questo caso stabilitasi non potè certo essere riguardata quale sforzo salutare della natura.

La nutrizione fu più alterata in alcuni giorni da questa infiammazione acuta dell' intestino, che non lo fosse stata dalla doppia flemmasia cronica, che da due mesi aveva investito il peritoneo ed il tubo digerente.

Eranvi in questo soggetto de' tubercoli nel peritoneo, senza che ve ne fossero nel polmone, vale a dire, essi esistevano là dove era avvenuto il processo infiammatorio più manifesto. È verisimile che se l' individuo avesse vissuto più lungo tempo, e la flemmasia bronchica, appena cominciata quando si morì, non fosse stata tolta, la medesima disposizione che aveva sviluppato de' tubercoli nelle false membrane del peritoneo infiammato e nella grossezza delle pareti intestinali, li avrebbe fatto nascere nel parenchima polmonare.

XXVI. OSSERVAZIONE.

Effusione sanguinolenta nel peritoneo, formatasi senza dolore, consecutivamente ad uno stato tubercoloso de' gangli mesenterici. Tubercoli ne' gangli cervicali e bronchici, come pure nel polmone. Colite.

Un sarto, in età di venticinque anni, venne alla Carità presentando tutti i sintomi che possono far presupporre l' esistenza di una tisichezza polmonare in primo grado: tosse da quattro mesi, dimagramento, emotossie antecedenti. I gangli cervicali, ingorgati, formavano un voluminoso rosario su la parte laterale destra del collo. L'addomine era gonfio ed indolente, non vi si sentiva fluttuazione alcuna; le evacuazioni alvine erano ordinarie, il polso frequente, i sudori nulli. Nel corso de' seguenti quindici giorni lo stato del malato non andò soggetto a verun cambiamento; poi l' addomine prese uno sviluppo sempre maggiore, e la fluttuazione vi si fece evidente. Esso era però affatto indolente: più tardi ancora sopraggiunse per la prima volta un poco di diarrea, e contando da quell' ora essa apparve e cessò alternativamente fino alla morte: allora il declinare dell' ammalato fu rapido, una vera febbre tisica si stabilì; uscì di vita sei settimane dopo il suo ingresso.

Sezione del cadavere.

Cervello sano.

Enormi gangli linfatici tubercolosi attorniavano nel peritoneo la trachea arteria ed i bronchi. Un piccol numero di tubercoli crudi esistevano alla sommità del

polmone sinistro, che nel resto della sua estensione era sano. Quasi tutto il lobo superiore del polmone destro era occupato da materia tubercolosa che cominciava in alcuni punti a rammollirsi.

Addomine. Un liquido di un rosso carico, simile al sangue appena estratto da una vena, era sparso in quantità grande nel peritoneo. La porzione di sierosa che ricopre gl' intestini aveva in ogni sua parte un color rosso intenso; staccavasi con somma facilità dai tessuti sottoposti. Il tessuto cellulare, intermedio fra essa e la tunica muscolare, era pur vivamente injettato. False membrane, grosse da tre in quattro linee, e contenenti nella loro grossezza numerosi tubercoli, vestivano la faccia concava della milza e del fegato.

Il mesenterio era trasformato in un enorme tumore risultante dal conglomeramento delle glandole linfatiche tubercolose: molte avevano il volume di un arancio.

La membrana mucosa dello stomaco e di tutto l' intestino tenue era in ogni suo punto pallidissima.

La mucosa del cieco e delle tre porzioni del colon e del retto, presentava un gran numero di piastre e di fasce rosse in relazione colla diarrea negli ultimi tempi esistita.

I gangli dal lato destro del collo, pure tubercolosi, formavano un rosario piuttosto voluminoso, sia sotto la pelle immediatamente, sia fra i diversi strati muscolari, dal ramo della mascella fino dietro la clavicola.

Puossi riguardare lo spandimento di un rosso intenso esistente nell' addomine qual risultamento di una vera peritonite? Non è egli piuttosto una semplice emorragia, la cui natura attiva non è neppur dimostrata? Noi non osiamo dir nulla su questo punto; fatto sta però

che la fatta osservazione dà un interessante esempio di affezione tubercolosa de' gangli mesenterici, e non è provato che questa affezione sia stata preceduta da uno stato infiammatorio delle porzioni del tubo digerente, onde partono i vasi linfatici che recansi principalmente a questi gangli. Rispetto all' intestino grasso poi, noi lo vedemmo alterarsi solo negli ultimi tempi.

XXVII. OSSERVAZIONE.

Tubercoli nel peritoneo; rossezza e tumefazione del grande epiploon. Nessun altro segno di lesioni del peritoneo durante la vita, tranne un poco di tensione addominale, senz' ascite. Ileite cronica complicata ad intervalli da gastrite acuta.

Un fonditore di cucchiai, in età di vent' anni, debolmente costituito, che aveva sovente sofferto la miseria, venne alla Carità li 12 settembre. Egli aveva flusso di corpo da un mese; mai non era andato soggetto ad altro dolore, salvo alcune coliche prima di andar di corpo. In tutto questo tempo aveva continuato il suo modo di vita abituale, portando giornalmente sul dorso quasi cinquanta libbre in una gerla. Quando noi lo vedemmo per la prima volta aveva in ventiquattr' ore cinque o sei evacuazioni alvine. La lingua era rossa e liscia, il ventre un poco teso ed indolente; il polso era frequente, la pelle calda, alla notte occorrevano sudori copiosi.

La malattia aveva evidentemente la sua sede nella mucosa intestinale; potevasi sperare che la flemmasia onde questa membrana era attaccata, mantenutasi lungamente per cattivo regime, cederebbe ad una cura antiflogistica (veggasi su questo soggetto l' osserv. 25.[a]).

Vennero prescritte *venti mignatte all' ano; tisana di orzo con gomma; dieta.*

La dimane, miglioramento sensibile; aspetto naturale della lingua; diminuzione della diarrea e della febbre. Nella giornata del 15 occorse una sola egestione; ma il 16, senza cause valutabili, la diarrea riapparve più copiosa (*Nuova applicazione di mignatte*).

Questa volta non susseguì miglioramento alcuno (*Tisana di risi con gomma; due brodi*).

Ne' giorni seguenti, la diarrea continuò; occorsero durante la notte de' sudori. Nella giornata, la pelle perdeva il suo calore; ma la frequenza del polso non cessava. Il malato cominciò allora a tossire un poco; declinava assai rapidamente (*Decozione bianca di Sydenham; pozione gommosa composta; creme di risi; brodo*).

Fino ai 28 settembre noi vedemmo il malato dimagrarsi ognor più; in ventiquattr' ore occorrevano quindici a venti egestioni; ciascuna di esse era preceduta soltanto da lieve colica. D' altronde nel loro intervallo il ventre restava sempre indolente; solo aveva un poco di tensione, senza però essere notabilmente sviluppato; ma le pareti addominali non erano contratte e avvicinate alla colonna vertebrale, come lo sono nel caso di marasmo.

Un largo vescicante venne applicato su l' addomine. La diarrea diminuì per alcuni giorni, poscia ricomparve non meno copiosa. Il moto febbrile era incessante. Di tempo in tempo la lingua facevasi rossa e alcune nausee manifestavansi.

Ne' primi giorni di ottobre venne sostituito alle bevande raddolcitive *la decozione di ratania* (*un' oncia*

per ciascuna pinta di acqua), *con aggiunta di due once di sciloppo di cotogna.*

Nel secondo giorno di questa cura la lingua si fece rossa e disseccò, e sopraggiunsero de' vomiti: si riprese l'uso degli emollienti. Ma il malato, giunto all'ultimo grado di marasmo e di debolezza, morì senz'agonia, li 13 ottobre.

Sezione del cadavere.

Stato sano degli organi del cranio e del torace; lieve rossezza della mucosa gastrica ne' dintorni del cardias; pallore notabile della superficie esterna dell'intestino tenue, estendentesi per tre traversi di dito al disopra della valvola ileo-ciecale. In quest'ultimo spazio, color bruno e rammollimento poltaceo della membrana mucosa, la quale esiste solo in frantumi, e lascia a nudo il tessuto cellulare sottoposto, il quale non sembra alterato.

Bianchezza perfetta alla superficie interna dell'intestino grasso, aperto dal cieco fino all'ano.

Stato naturale della membrana mucosa sotto l'aspetto della sua grossezza e della sua consistenza.

Un altro genere di alterazione, che non era stato avvisato durante la vita, esisteva nel peritoneo.

Questa membrana era sparsa di un gran numero di tubercoli, sia isolati, sia riuniti in grosse masse: il grande epiploo, rosso ed avente cinque o sei volte la sua grossezza ordinaria, era ugualmente pieno di numerosi tubercoli.

Masse tubercolose notabili che cominciavano a rammollirsi, formavano come una specie di strato su la faccia convessa del fegato; la sostanza stessa di que-

st' organo non era niente affatto alterata; stato sano degli altri organi.

Il solo sintomo che in questo individuo avrebbe potuto mettere su la via dell' alterazione onde il peritoneo trovavasi sede, era la lieve tensione del ventre, la mancanza del suo abbassamento in un individuo nello stato di marasmo; ciò dipendeva manifestamente dall'ingorgamento del grande epiploo. D' altronde nessuna ascite, nessun dolore.

Se la membrana mucosa intestinale non fosse stata ad un tempo stesso attaccata, è verisimile che la sola lesione del peritoneo sarebbe bastata a produrre sintomi generali più o meno gravi, come, febbre, o continua, o ad intervalli, decadimento, ec.; ma quanto si sarebbe allora stato imbarazzato a determinare la sede e la natura del male onde procedevano questi sintomi?

L' alterazione della mucosa intestinale, causa probabile della diarrea, fu qui notabile per la sua piccola estensione. Oppongasi a questo caso quello in cui numerose ulcerazioni spargono la superficie interna dell' intestino per lo spazio di molti piedi; quelli in cui le pareti di tutto l' intestino grasso sono disorganizzate, ingrossate, indurate; quelli in cui la membrana mucosa del colon è coperta da numerose vegetazioni, ec. Cerchisi se per ciascuno di questi casi, in cui la gravezza delle lesioni dalla notomia scoperte è sì differente, sianvi stati durante la vita sintomi diversi, e assai volte troverassi che i medesimi fenomeni morbosi vengono prodotti da queste varie lesioni.

In questa osservazione, come nella precedente, noi troviamo de' tubercoli nel peritoneo, senza che ve ne siano nel polmone; è però d' uopo notare che anche

qui, come nell' osserv. 26.ª, un poco di tosse cominciò a manifestarsi qualche tempo prima della morte. Questi casi sono da comprendersi in quelli descritti nel secondo volume, e che ci hanno mostrato la *tisichezza addominale* preceduta talvolta dalla polmonare.

SEZIONE TERZA

PERITONITI PARZIALI.

Ho già parlato altrove delle infiammazioni parziali della pleura, e si è potuto vedere quanto i sintomi di questa forma di flemmasia della membrana sierosa toracica differiscano sotto certi aspetti da quelli della pleurisia generale, e quanto importi acquistarne una conoscenza esatta. Le medesime riflessioni applicansi alle peritoniti parziali. Quantunque assai comuni, specialmente nello stato cronico, esse fino ad ora sono state assai superficialmente studiate; nondimeno qual cosa più meritevole di attenzione, che i varj gruppi di sintomi, sia locali, sia generali, da esse prodotti? Qual cosa più delicata del loro diagnostico in un gran numero di circostanze? Vi sono delle peritoniti, le quali, in causa della profondità della loro sede, vengono annunziate soltanto da un dolore vivo ed oscuro, continuo od intermittente, senza la presenza di un tumore valutabile durante la vita, senza modificazione della forma delle pareti addominali, e senza diminuzione della loro cedevolezza ordinaria.

Altre peritoniti parziali comprimono, spostano, irritano gli organi vicini della porzione del peritoneo infiammata, e il fenomeno morboso più apparente, cui fanno luogo, è la turbazione più o meno grande delle funzioni di questi organi, talchè si suppone l' affezione di essi, mentre la loro membrana inviluppante è la sola ammalata.

In altri casi, a motivo della loro sede più superfi-

ciale le flemmasie peritoneali circoscritte producono tumori sensibili alla vista ed al tatto. Infinitamente varii nella loro situazione, forma, volume, e ne' loro rapporti, questi tumori vengono sovente riguardati come appartenenti ai differenti organi cui sono più vicini; l' errore è allora soprattutto più agevole, quando ad un tempo stesso le funzioni di questi organi sono più o meno turbate.

Rispetto ai sintomi generali, essi sono pochissimo costanti. Così il moto febbrile può essere nullo, intermittente o continuo; la nutrizione può conservarsi intatta o deteriorare, e sopraggiungere il marasmo.

In più di un caso di queste peritoniti parziali i sintomi locali sono meno apparenti: non avvi nè dolore, nè tumore, nè turbazione sensibile nelle funzioni de' differenti visceri addominali. Ma gl' individui vanno in declinazione; eglino risentono un mal essere abituale, una specie di penosa esistenza, della quale non sanno darsi ragione; soprarrivano accessi di febbre; al pari di qualunque individuo malato, il sistema nervoso si fa sommamente eccitabile; osservasi nelle funzioni di questo sistema un numero grande di anomalie che ignorasi onde possano provenire.

Allora si pone la causa primitiva di tutti gli accidenti in questo medesimo sistema nervoso, mentre esso viene affetto solo simpaticamente, e in modo affatto secondario.

Quante di siffatte malattie, riguardate per lungo tempo quai semplici neurosi, divengono poscia gravi affezioni organiche! Esse lo erano da principio; ma in causa della mancanza de' sintomi locali, la loro natura aveva dovuto essere necessariamente mal nota.

Tale si è il caso di un gran numero d' ipocondriaci.

Riguardansi i loro mali come immaginarj, e nondimeno è vero il dire, che nella maggior parte gli accidenti bizzarri che in loro si osservano, e che a buona ragione vengono attribuiti ad un guasto nelle funzioni nervose, riconoscono il loro punto di partenza nell' affezione più o meno latente di un organo.

Quella somma attenzione che hanno alla loro salute, quella singolare tendenza ad esagerare le più lievi sofferenze, non è essa un modo di esternare, per così dire, l' espressione del mal essere abituale che risentono, che pur troppo è vero, e che si è sempre tratti a negare per ciò che non se ne conosce la causa?

Passerò ora in rassegna successivamente le flemmasie parziali che possono investire: 1.° il grande epiploo; 2.° il peritoneo degl' ipocondrii e de' fianchi; 3.° quello dell' escavazione del bacino; 4.° citerò quindi alcuni casi di tumori aventi la loro sede al di fuori del peritoneo, alla sua faccia esterna, come, per modo d' esempio, nelle membrane del mesenterio, fra le pieghe peritoneali costituenti i ligamenti larghi dell' utero, nel tessuto cellulare che attornia i reni, in quello che, in mancanza del peritoneo, trovasi interposto inferiormente, fra la vescica, l' utero ed il retto.

CAPITOLO PRIMO

EPIPLOITE.

L' infiammazione isolata di questa importante porzione del peritoneo è stata alcuna volta osservata allo stato acuto, e più sovente allo stato cronico. L' osservazione seguente porge un esempio di questa flemmasia nel suo stato acuto.

XXVIII. OSSERVAZIONE.

Epiploite acuta che cagiona la morte in un individuo attaccato da una doppia affezione cronica dello stomaco e del fegato.

Un gridatore per le contrade, in età di sessantaquattro anni, venne alla Carità verso la metà del mese di gennaio 1826. Egli presentava i sintomi di una gastrite cronica, sui quali non è qui opportuno insistere, ed inoltre, il fegato oltrepassando più traversi di dito il lembo cartilaginoso delle coste destre, formava nell' ipocondrio un tumore doloroso al tatto. Il restante dell' addomine era cedevole e indolente; non eravi febbre; il marasmo era ancora poco inoltrato. Questo malato si mantenne a un di presso nel medesimo stato fino ai 17 di febbraio; solo indebolivasi grado per grado. Allora ebbe per la prima volta de' vomiti; un dolor vivo si fece sentire in tutta l'estensione della parete anteriore dell' addomine. Il 18 febbraio, quando rivedemmo il malato, il dolore persisteva ed era aumentato dalla pressione; i muscoli destri restavano tesi e contratti in modo singolare; il malato continuava a vomitare e aveva molta febbre. Dal 18 al 21 questi varj sintomi continuarono, l' indebolimento aumentò, e la morte avvenne il 22.

Sezione del cadavere.

Levate via le pareti addominali trovossi esteso davanti al fascio degl' intestini un corpo rosseggiante, grosso cinque in sei linee, che laceravasi agevolmente e lasciava quindi stillare un liquido sanguinolento, fer-

mato superiormente al colon trasversale, terminantesi al basso con un lembo libero, non lungi dal pube, ugualmente libero da suoi due lembi laterali.

Era ben evidente che questo corpo non era altro che il grande epiploo fatto rosso e gonfio dall' infiammazione acuta che lo aveva tutto investito.

Questa infiammazione era stata annunziata da sintomi più ordinarj di peritonite acuta. Il resto del peritoneo non presentava traccia alcuna di stato morboso; non era sede di alcun spandimento.

Vennero trovate inoltre delle masse cancerose nel fegato, e un induramento scirroso delle pareti dello stomaco nella sua parte pilorica. La sua membrana mucosa, grossa e di un grigio di ardesia, nulla presentava indicante un processo infiammatorio recente, talchè i vomiti, la cui apparizione coincise con quella de' dolori addominali, dipendevano, come questa, dall' epiploite.

In un altro caso, sul quale ho conservato una nota troppo breve per poterne dare un' osservazione minuta, io ho veduto un tumore notabile svilupparsi in ventiquattr' ore ne' dintorni dell' ombilico, in un individuo attaccato, come il precedente, da una malattia del fegato; al pari di questo egli uscì pure rapidamente di vita.

Inciso il cadavere, si trovò che il tumore osservato durante la vita, era formato dall' epiploon notabilmente gonfio, e che lasciava stillare dal suo tessuto molle e facilmente lacerabile un liquore sanguinolento.

Questo caso differisce dal precedente per l' esistenza del tumore epiploico, sviluppatosi vérisimilmente con altrettanta rapidità a spese del tessuto cellulare che concorre a formare il grande epiploo.

Le numerose alterazioni onde l' epiploo può divenir sede, possono avere il loro punto di partenza in una infiammazione acuta, simile alle precedenti; ma in un gran numero di casi non vi fu giammai forma acuta, e queste alterazioni si producono alla sordina e a poco a poco. Quindi si può trovarlo o semplicemente gonfio ed ingorgato di liquido, o in un vero stato d'ipertrofia, o indurato e scirroso, o trasformato in tessuto fibroso. Nel suo interno, e sia coll' una, sia coll' altra delle precedenti alterazioni, può secernersi o pus, sparso o riunito in fochi, oppure materia tubercolosa.

Le vescichette adipose che esso contiene in gran numero possono presentarsi sotto forma di piccole granulazioni dure e brillanti, e simili a grascia alterata, però è agevole assicurarsene esaminando i gradi successivi pe' quali esso passa onde prendere l' aspetto di queste granulazioni che sono pure una di quelle lesioni vedutesi vagamente indicare sotto il nome di *cancro*.

A misura che si sviluppa, andando soggetto ad una o più delle alterazioni ora accennate, il grande epiploo può essere modificato nella sua forma in modo da costituire i tumori più variati, relativamente al loro volume e al loro aspetto. Questi tumori possono essere sovente agevolmente scambiati pel corpo dello stomaco, le cui pareti siano ingrossate ed indurite: ciò avviene soprattutto quando il grande epiploo non aumenta di volume e non forma tumore che nella parte estendentesi dalla gran curvatura dello stomaco al colon.

Sovente allora esso presenta una specie di cercine più o meno grosso, che respinge l' arco del colon indietro e attornia lo stomaco. Sentito attraverso le pareti addominali, questo cercine con superficie liscia od ineguale, prenderassi pel corpo dello stomaco; a se-

conda de' gradi di sviluppamento dell' epiploo gastro-colico, il tatto può far credere che lo stomaco stesso formi tumore, o in tutta l' estensione del suo corpo, o nel suo fondo cieco, o nella sua porzione pilorica.

Ho veduto in simili casi l' illusione farsi tanto più inevitabile quando con questo tumore esistevano varj sintomi di un' affezione organica dello stomaco. In altri casi, pel contrario, le digestioni continuano a compiersi, e allora questi tumori dell' epiploo gastro-colico possono persistere per un tempo assai lungo, senza molto turbare l' economia. In altri finalmente, senza che la digestione venga turbata, lo stato morboso dell' epiploo reagisce simpaticamente sopra altri organi, modifica la circolazione, e produce solo la febbre tisica e la morte.

Tutte queste differenze dipendono certo: 1.° dalle relazioni del tumore collo stomaco; 2.° dalla sua composizione anatomica; 3.° dalle disposizioni individuali de' soggetti, dal che procedono disordini nelle funzioni variabilissimi sotto l' influenza di una lesione identica.

Se il grande epiploo è soprattutto gonfio nella sua parte sinistra, può succedere che il tumore da esso formato rassomigli, per la sua situazione e direzione, e ne' suoi rapporti, alla milza sviluppata. Ho veduto un caso di questo genere: l' ipocondrio sinistro era occupato da un corpo voluminoso, il quale pareva duro e bernoccoluto attraverso le pareti addominali; seguivalosi in alto fino al margine cartilaginoso delle false coste sinistre; dietro le quali pareva continuare. Al momento in cui sembrava uscire dietro di queste coste, esso prolungavasi verso l' ombilico mostrando prendere una direzione obliqua da alto in basso e da sinistra a destra; lo si trovava ancora terminante con una specie

di lembo ineguale, nell' estensione di alcuni pollici a destra e sotto l' ombelico: il resto dell' addomine aveva conservato la sua cedevolezza ordinaria. Più tardi si manifestò un' ascite, e allora il liquido interposto fra le pareti addominali ed il tumore, impedì di sentirlo così distintamente e di seguirne i progressi. Più tardi ancora, i membri inferiori infiltraronsi, i polmoni s' ingorgarono ed il malato succumbette.

Inciso il cadavere trovossi il peritoneo pieno di una sierosità limpida e nessun' altra lesione organica tranne un indurimento scirroso del grande epiploo; risultavane l' esistenza di un tumore, il quale era voluminosissimo soprattutto dal lato del fondo cieco dello stomaco. Era quello riconosciuto durante la vita, e, in causa della sua situazione, riferito alla milza; questa, occupando il suo posto ordinario, aveva un volume piccolissimo; in nessun organo eravi alterazione sensibile di nutrizione.

Questa osservazione, che merita di essere notata come quella che presenta una difficoltà di diagnostico la quale potè essere tolta via decisivamente colla sola autopsia, mostra pure un' altra circostanza interessante, vale a dire, l' esistenza di una doppia idropisia dell' addomine e de' membri inferiori, senza lesione del cuore e del fegato, e alla cui spiegazione non trovasi altra lesione oltre quella del grande epiploo; in questo caso nessun ostacolo meccanico apparisce che abbia potuto determinarla.

Dirassi forse che l' ascite sia qui stata prodotta dall' irritazione propagatasi dal grande epiploo al resto del peritoneo? Sempre allora sarà mestieri ammettere una differenza grande fra l' irritazione che aveva prodotto nell' epiploo un' alterazione sì profonda di tessitura, e

quella che, nel resto della membrana sierosa, determinò soltanto la formazione di un poco di albumina liquida diluita in molta acqua.

D' altronde in siffatta ipotesi come spiegare l' edema notabile de' membri superiori ed inferiori? Dirassi che questo edema sia ben anche risultamento dell'irritazione del peritoneo propagatasi simpaticamente al tessuto cellulare di questi membri? Tale supposizione sarebbe al tutto gratuita.

Ne' casi ora citati noi abbiamo veduto i differenti tumori dall' epiploo costituiti occupare soprattutto la porzione sopra-ombelicale dell' addomine; in altri, per l' opposto, è specialmente sotto l' ombelico, da questo punto fino al pube, ed estendentisi ad un tempo più o meno nelle due fosse iliache appariscono i tumori epiploici; e allora pure possono alcuna volta indurci a riguardarli quai tumori spettanti a differenti organi, come anche a qualche parte d' intestini, alle ovaie od all' utero.

Nell' osservazione seguente, per modo d' esempio, il tatto annunziava un' affezione cancerosa dell' utero; il tumore notabile che sentivasi sopra al pube, e che prolungavasi dietro di esso, avrebbe potuto scambiarsi pel corpo dell' utero disteso e canceroso come il suo collo.

Questa osservazione sembrami presentare bastevoli circostanze interessanti da potersi qui minutamente esporre.

XXIX. OSSERVAZIONE.

Tumore canceroso del grande epiploo, che occupava la porzione sotto-ombelicale dell' addomine, e somigliava, per la sua situazione, all' utero disteso. Cancro del collo uterino. Peritonite generale acuta consecutiva.

Una donna in età di trentun' anno, che aveva cominciato ad essere mestruata agli undici, erasi maritata ai ventuno, ed aveva avuto quattro figli, partorì l' ultimo di essi cinque anni prima che venisse allo spedale. Da questo parto, che fu laborioso, in poi, essa restò affetta da una leucorrea. Otto mesi fa ebbe un' emorragia copiosa che mostrossi poscia a più riprese. Solo dopo questa ella cominciò a risentire de' dolori nell'addomine, e si accorse che il suo ventre acquistava un volume insolito. Andata allo spedale maggiore tre mesi prima di essere assoggettata alla nostra osservazione essa diceva che allora aveva il ventre simile a quello di una donna prossima al parto. Venne riconosciuta, mediante il tatto e lo *speculum uteri*, una lesione del collo uterino che fu due volte cauterizzato. Queste due cauterizzazioni cagionarono all'ammalata dolori sì vivi che si rifiutò risolutamente alla terza. Ella assicura che, solo contando da quest' epoca, risentì nell' ipogastrio ora spasimi vivissimi, ora dolori simili a quelli che accompagnano il travaglio del partorire. Uscita dallo spedale maggiore dopo un mese di dimora essa vi rientrò otto giorni dopo: questa volta venne assoggettata ad un altro modo di cura: *Frequenti applicazioni di mignatte su l' addomine; bagni; injezioni emollienti nella vagina.* Essa ne uscì moltissimo sollevata, dopo un soggiorno di sei settimane.

Li 25 dicembre prese a casa propria un purgante che rinnovò i dolori addominali e fu seguito da una diarrea, la quale durava ancora li 12 gennaio 1821, giorno in cui l' ammalata venne alla Carità.

L' addomine era allora dolorosissimo alla pressione, specialmente sotto l' ombilico. Il tatto faceva riconoscere un tumore rotondo, che dal pube, dietro cui prolungavasi, estendevasi fino a due traversi di dito sotto l' ombilico, e sembrava la matrice distesa. Il collo dell' utero, esplorato col tatto, esisteva quasi all' ingresso della vagina. Esso era molle e sensibilissimo. L' orificio dilatato era abbastanza largo da ammettere l' estremità del dito indicatore. Le pareti della vagina erano dure e rugose, e si traeva fuori il dito tinto di sangue fetido. Il polso era frequente e debole, la lingua umida e naturale; l'appetito nullo; la sete mediocre; la diarrea continuava copiosissima (tre a quattro egestioni liquide ogni ora.

Un' applicazione di mignatte su l' addomine diminuì l' intensità de' dolori addominali, come pure la diarrea.

Dai 16 ai 20 gennaio questi dolori furono presso a poco nulli. Allora si potè meglio valutare la disposizione e l' estensione del tumore: prolungavasi nella regione iliaca destra e nel fianco dal medesimo lato, ove presentava un gran numero di prominenze; era in ogni punto estremamente sensibile al tatto; l' arco del colon, occupante il suo posto ordinario sopra il pube, scorgevasi fortemente disteso da gaz. Quindici a venti egestioni in ventiquattr' ore (*Decozione bianca di Sydenham, pozione con un grosso di diascordio; uno scrupolo di laudano e un grosso di acqua di fiori di arancio in quattro once di acqua di tiglio ed una di sciloppo di garofano*).

Il giorno dopo l' amministrazione di questa pozione, la diarrea cessò. L' ammalata si sentì bene fino ai 30 gennaio; ma questo giorno, dopo che il ventre fu stazzonato da molte persone, i dolori tornarono più vivi che mai unitamente al flusso di corpo; da quest' ora, prostrazione rapida e scomposizione de' lineamenti; l' ammalata morì li 4 febbraio nel corso della mattina dopo aver messo acute grida durante tutta la notte.

Sezione del cadavere.

Il tronco e le membra hanno conservato dell' adipe; le mammelle in particolare ne contenevano ancora molto.

Palpando l'addomine, si sente un tumor duro, ineguale con prominenze, estendentesi in alto fino un po' sopra l' ombelico, prolungantesi al basso fin dietro il pube, e dilatantesi lateralmente ne' due fianchi e nelle due regioni iliache. Al disopra dell' ombelico l' addomine era molto gonfiato.

Levate via le pareti addominali osservaronsi i seguenti oggetti:

Lo stomaco enormemente disteso da gaz occupa tutta la regione epigastrica, e si estende al basso due o tre pollici sotto l' ombelico.

La regione ombelicale, il fianco destro, l' ipogastrio e le due fosse iliache sono occupati da un tumore inserito all'alto nel lembo colico dello stomaco, nascosto al basso dal pube sotto cui prolungasi.

Il fianco sinistro e una piccola parte della regione iliaca dal medesimo lato sono occupati da circonvoluzioni intestinali, coperte da una traspirazione albuminosa che le unisce fra di loro.

Esame del tumore. Staccato dallo stomaco e rovesciato da alto in basso, lascia vedere successivamente dietro di sè l' arco del colon cui aderisce, una parte della massa degl' intestini tenui, il cieco, le due porzioni ascendenti e discendenti del colon, colle quali non ha contratto aderenza alcuna. Più basso, esso va unito sia alla matrice, sia alle porzioni del peritoneo conosciute sotto il nome di *ligamenti larghi*, i quali, pure degenerati, formano una sola massa col tumore stesso. La sua situazione, la sua direzione, e le relazioni sue fanno agevolmente conoscere che questo tumore appartiene all' epiploo.

Esso ha una durezza notabile; la sua faccia libera od anteriore presenta numerose ineguaglianze che lo fanno apparire rugoso e bernoccoluto. La sua grossezza varia ne' differenti punti, in alcune parti agguagliando due traversi di dito.

La sua faccia anteriore presenta superficialmente uno strato denso, grosso due in tre linee, di un bianco grigio, avente in tutto l' aspetto di quelle false membrane dure ed antiche che trovansi sovente nella pleura. Separatasi agevolmente dalle parti sottoposte cui va unita mediante un tessuto assai molle, queste stesse parti sottoposte presentano una struttura affatto diversa e complicata. In molti punti è un tessuto di color bianco azzurrognolo, semi-trasparente, senza traccia di vaso sanguigno, scricchiolante sotto lo scalpello che lo divide (scirro allo stato di crudezza); in altri punti esistono piccole cavità, ora assai regolarmente tonde, ora bislunghe e con maggiori o minori rivolgimenti, riempiute da un liquido giallastro, gelatiniforme. Le più piccole fra queste cavità appena potrebbono contenere una lenticchia. Le più grandi ammetterebbono una grossa man-

dorla (scirro allo stato di rammollimento di Laennec). In ogni parte osservasi commisto al tessuto precedente un altro tessuto bianco opaco, in cui ramificansi vasi sanguigni i quali, incrocicchiandosi, lasciano fra sè delle areole più o meno irregolari (tessuto encefaloide allo stato di crudezza). In due o tre punti soltanto poco estesi esisteva una sostanza poltacea e rosseggiante, molto simile alla materia del cervello che comincia a putrefarsi, e che è sporca di sangue (tessuto encefaloide allo stato di rammollimento). Finalmente in alcune parti il color bianco de' tessuti precedenti era alterato da una tinta bruna assai carica, che indicava forse un principio di melanosi.

(Veggasi ciò che abbiamo detto intorno a questi prodotti accidentali nel corso del presente volume).

In mezzo a questi varj tessuti che intrecciavansi in modo da parer semplici gradazioni fra di loro, esisteva un numero grande di gomitoli di una grascia giallastra e solida, qual trovasi nell' uomo perfettamente sano (giustiziato).

La porzione di peritoneo cui è aderente l' *S* iliaca del colon, l' altra porzione costituente i legami larghi, e quella che dalla faccia anteriore del retto portasi alla posteriore della matrice, erano degenerate nello stesso modo.

Una quantità grande di grascia vedevasi ammassata fra le due tuniche del mesenterio: sopra la superficie interna di ciascuna di esse mostravasi una quantità grandissima di piccole granulazioni di un bianco grigio, poco consistenti, che lasciavansi facilmente schiacciare sotto il dito, e trasformavansi allora in una specie di liquido lattiginoso; erano tutte rotonde ed avevano presso a poco il volume di una lenticchia. Staccando

successivamente il peritoneo dall' intestino verso queste granulazioni, ci parve evidentemente che passasse davanti ad esse, e per conseguenza fossero sviluppate fuori della sua cavità.

La porzione di peritoneo che ricopre tutta la massa degl'intestini tenui, vedevasi coperta da una traspirazione albuminosa, per mezzo della quale la maggior parte degl'intestini avevano contratto fra sè stessi aderenze che agevolmente distruggevansi. Al disopra di questa traspirazione, il peritoneo sembrava aver conservato la sua grossezza e trasparenza ordinaria: staccavalosi facilmente dalla tunica muscolare sottoposta. Fra queste due tuniche, nel tessuto cellulare che le unisce, esisteva un numero grandissimo di vasi sanguigni vivamente injettati; quindi ne veniva il color rosso carico dal peritoneo presentato. Vedevansi nondimeno, quantunque volte lo si staccava, alcuni di questi vasi trasferirvisi e ramificarvisi. È notabile che su gl' intestini non esisteva alcuna delle granulazioni precedentemente descritte.

La mucosa intestinale, esaminata nella maggior parte della sua estensione, era bianca, grossa, e ad un tempo affatto molle. La si staccava colla massima facilità dalla membrana muscolare sottoposta, trascinando seco la tunica laminosa che pareva ingorgata di liquido e come infiltrata.

Lo stomaco, disteso da molti gaz, era perfettamente sano.

La matrice presentava un volume doppio di quello che ordinariamente ha; cionnondimeno essa non oltrepassava l' osso pube, il che dipendeva in parte dallo sporto notabile del suo collo nella vagina; sentivalosi vicinissimo alla vulva.

Le pareti del corpo, durissime e grossissime, avevano in parte conservato il loro aspetto naturale; in molti punti però il tessuto proprio della matrice era andato soggetto alla degenerazione cancerosa, quale esisteva nell'epiploo; vi si vedeva soprattutto il tessuto detto cerebriforme allo stato di crudezza. La cavità del corpo aveva il suo diametro ordinario; la sua superficie interna non mostrava nulla di rilievo.

Il collo era notabile per la sua lunghezza; esso pareva pure alquanto più largo dell'ordinario; le grinze della sua faccia interna eransi compiutamente dileguate.

I suoi due labbri presentavano una mollezza assai rilevante; essi erano ad un tempo ineguali, sparsi di molte piccole erosioni superficiali; un odor fetido ne esalava; avevano un color verde bruniccio esistente solo per due o tre linee della sua profondità. Tolto via questo strato superficiale, che lo scalpello staccava mediante il raspamento in minutissime particelle, trovavasi un tessuto rosso livido, come spugnoso, facilmente lacerabile, penetrato da una quantità grande di sangue che ne scolava quantunque volte lo s' incideva e comprimeva. Io lo assomiglierei volentieri al tessuto erettile.

La parete inferiore della vagina era rossa, ineguale, superficialmente ulcerata.

Il fegato era pallido e di una mollezza notabile; i reni presentavano pure una mollezza ed un pallore insoliti. La milza, di volume ordinario, era ingorgata da un liquido color di vino e da una viscosità osservabile.

L' aorta addominale appena uguagliava il diametro della carotide primitiva.

Alla parte posteriore, inferiore e destra della matrice esisteva un cisto il cui volume non potè essere va-

lutato, perchè il liquido trasparente e senza colore da esso contenuto uscì prima che venisse scoperto.

Il retto presentava una deviazione laterale sinistra più grande di quella gli è naturale.

La vescica, molto compressa fra la matrice ed il pube, era notabile per la piccolezza della sua cavità.

Gli organi contenuti nel cranio e nel petto erano perfettamente sani.

Abbiamo citato questa osservazione soprattutto coll' intendimento di fermare l' attenzione del lettore su que' tumori assai rilevanti che svilupparonsi nel peritoneo, il cui diagnostico è sovente affatto oscuro e che possono confondersi alcuna volta a motivo della forma che vestono con tumori sviluppati a spese di certi organi, come, il fegato, la milza, l' utero, i reni, le ovaie, e certe porzioni del tubo digerente. Noi invitiamo il lettore a confrontare questa osservazione cogli altri fatti esposti nel tomo secondo di questo lavoro. Citeremo a questo proposito anche il fatto seguente:

Uno stampatore, nell' età di 44 anni, ex-officiale di marina, restò lungo tempo prigioniere di guerra in Inghilterra, ov' ebbe a patire molta miseria. Due anni prima del suo ingresso allo spedale, egli cominciò a sentire vivi dolori nell' addomine. Dopo un certo tempo si fecero più deboli e dileguarono; ma a poco a poco e' si accorse che il suo ventre gonfiavasi. Quando noi lo vedemmo era magro magro, e la sua faccia aveva un color giallo paglierino; i suoi membri addominali erano infiltrati; nell' addomine sentivasi un tumore bernoccoluto che ne occupava una gran parte. Lo si trovava all' ombilico, di là estendevasi verso gl' ipo-

condrii, specialmente verso il sinistro; esso era doloroso al tatto. Qual'era la natura e la sede di questo tumore? Per la sua situazione e per la sua forma rassomigliava assai bene alla milza sviluppata.

Morto che fu questo malato, la sezione del cadavere mostrò le seguenti lesioni:

La parete addominale anteriore aderiva a un voluminoso tumore, nello spazio corrispondente all'ipocondrio sinistro ed al fianco dal medesimo lato; a destra aderiva al lobo destro del fegato. Il tumore, ed il gran fascio intestinale respinto a destra da esso, erano coperti da false membrane nere.

Nel mezzo stesso del peritoneo e davanti al colon trasversale e discendente, vedevasi una massa enorme di materia biancastra, dura, scricchiolante sotto lo scalpello in molti punti, rammollita e ridotta in polpa grigia, o rossiccia in altri punti: questa massa uguagliava presso a poco, in volume, quella della testa di un feto a termine. Le anse dell'intestino tenue erano unite fra esse da una consimile materia, la quale copriva del pari le due facce del fegato ed attorniava i vasi biliari, l'arteria epatica e la vena porta.

Nel mesenterio trovavansi alcuni gangli linfatici voluminosi ugualmente degenerati in una sostanza bianchiccia, simile a quella che componeva il tumore principale.

CAPITOLO II.

INFIAMMAZIONE PARZIALE DEL PERITONEO, DE' FIANCHI E DEGL'IPOCONDRII.

Trovansi assai frequentemente sul cadavere delle briglie cellulose che uniscono il diaframma e la faccia

convessa del fegato. Trovasene pure alcuna fra la milza e la parte delle pareti addominali, con cui la sua superficie esterna è in relazione. Non avvi sovente ad un tempo traccia alcuna d'infiammazione nel resto del peritoneo. Nella maggior parte de'casi in cui l'autopsia discopre queste peritoniti parziali, che potrebbonsi chiamare periepatiche o perispleniche, ignorasi se durante la vita esse abbiano prodotto qualche sintomo particolare. Ecco nondimeno, a questo riguardo, alcuni fatti da me raccolti.

In due casi in cui intime aderenze univano il fegato ed il diaframma, la storia antecedente degli ammalati ci fe' noto che, molti anni prima che noi gli esaminassimo, egli avevano avuto un'itterizia. Il fegato trovavasi nel suo stato normale.

In un terzo caso un'itterizia manifestossi in un malato durante il suo soggiorno allo spedale, qual complicazione di altra malattia (Congestione cerebrale con febbre). La morte avvenne il nono giorno dall' apparizione dell' itterizia. Il malato non aveva mai accusato alcun dolore dal lato del fegato. Alla sezione del cadavere, esso fu trovato esente da qualsiasi lesione ed un poco ingorgato di sangue; ma fra esso e il diaframma erano interposti rudimenti di pseudo-membrane, molli, biancastre, inorganiche, e che erano evidentemente di formazione recente. Il duodeno non era punto alterato. Quai tracce della malattia primitiva, furono osservate numerose ulcerazioni alla fine dell' intestino tenue e nell' intestino grasso.

Se noi abbiamo ammesso altrove che una semplice pleurisia diaframmatica può, quando esista a destra, determinare un' itterizia, irritando simpaticamente il fegato (veggasi le osservazioni citate in appoggio di que-

sta asserzione), a più forte ragione dovremo noi, giusta il mio avviso, ammettere che l' itterizia possa essere risultamento dell' infiammazione della porzione del peritoneo che attornia il fegato, a quel modo che una flemmasia della pleura determina la tosse, irritando simpaticamente il parenchima polmonare ed i bronchi.

Un altro malato aveva accusato antichi e frequenti dolori all' ipocondrio destro: egli non aveva mai avuto itterizia. Dopo la morte, noi trovammo la capsula di Glisson notabilmente ingrossata, e briglie cellulose estese, da una parte, fra la faccia convessa del fegato e il diaframma, e dall' altra fra il fegato e l' arco del colon. Le briglie che costituivano quest' ultima specie di aderenze erano osservabili per la loro lunghezza.

Un individuo era attaccato da un doppio cancro di fegato e di stomaco, cui dovette soccombere. Aderenze cellulose piuttosto rilassate univano il fegato al diaframma ed alle pareti addominali anteriori, dietro le quali lo si sentiva durante la vita. Questo individuo aveva presentato la circostanza particolare, che egli soffriva soprattutto alla regione del fegato quando scendeva da una scala; è forse perchè allora le briglie cellulose che univano il fegato al diaframma andavano soggette ad uno stiramento penoso?

Ora potrebbesi domandare perchè, esistendo le medesime aderenze intorno al fegato, in un caso esse non siano annunziate da sintomo alcuno, in un secondo siano dolorose, in un terzo producano l' itterizia. Non puossi però rispondere che col citar casi analoghi, mostrando non esservi maggior costanza neppure nella maggior parte de' sintomi che annun-

ziano l'infiammazione acuta o cronica delle altre membrane sierose: così la pleurisia può esistere con o senza dolore, con o senza tosse; così la pericardite, la cui invasione è sovente annunziata da dolore sì caratteristico, può essere nel suo principio indolente, e restar tale per tutto il tempo che essa dura; essa può determinare nelle contrazioni del cuore le più variate modificazioni, o non deviarle affatto dal loro stato normale; così la meningite, posto essere la sua sede e la sua intensità le medesime, talvolta produce delirio, tal'altra lascia l'intelligenza intatta; essa è o no accompagnata da cefalalgia, ecc.

Nella vicinanza del fegato, della milza e de' reni, sviluppansi sovente de' tumori risultanti dall'imprigionamento di una certa quantità di liquidi di natura variabile per mezzo di false membrane foggiate a guisa di borsa, e che sono il risultamento di un'infiammazione parziale della membrana sierosa addominale. Queste false membrane non hanno le più volte regolarità alcuna nella loro mutua disposizione; esse producono ordinariamente, all'interno della borsa onde costituiscono le pareti, delle briglie, de' tramezzi completi od incompleti che la dividono in più ricettacoli. In altri casi esse elevansi, per così dire, ad un grado di organizzazione ulteriore: la faccia interna delle pareti della borsa presenta allora un aspetto regolare, liscio od areolato, come lo si trova nelle cavità naturali; questa pseudo-membrana che da prima era soltanto un prodotto amorfo ma organizzabile, si è trasformata in un tessuto membranoso-cellulo-vascolare, che veste pur esso alcuna volta l'aspetto di una membrana sierosa o mucosa. Allora le secrezioni più variate possono operarvisi; e così puossi concepire come nel-

l' interno di qnesti tumori encistici trovinsi liquidi sì differenti; della sierosità, del pus e le sue numerose varietà; del sangue; altre materie cui verun nome speciale non fu ancor dato, simili a gelatina di carne cotta, a miele, a sego, ecc.: vennero pure incontrate delle idatidi.

Fra questi casi citiamo quelli che presentano qualche particolarità interessante sotto l' aspetto del diagnostico.

XXX. OSSERVAZIONE.

Tumore nell' ipocondrio sinistro, sviluppatosi in mezzo a false membrane del peritoneo.

Uno stampatore, in età di 23 anni, presentava quando venne alla Carità tutti i sintomi di una tisichezza polmonare già moltissimo inoltrata. Di più, sotto al margine cartilaginoso delle false coste sinistre, le pareti addominali erano sollevate da un tumore oblungo anzi che rotondo, che pareva prolungarsi dietro le coste, e sentivasi per l' estensione di quattro traversi di dito sotto di esse. Trasversalmente esso finiva dietro al livello dell' estremità addominale dell' undecima costa, e per davanti terminava un poco a sinistra della linea bianca. La percussione faceva riconoscere un suono fioco fioco nella parte laterale inferiore sinistra del torace, là dove ordinariamente la presenza del fondo cieco dello stomaco disteso da gaz produce un suono più chiaro che in qualunque altra parte. Questa mutezza di suono non poteva dipendere che dalle tre circostanze seguenti: 1.° da uno spandimento pleuritico che avrebbe respinto al basso

il diaframma, e fatto ascendere la milza nell' ipocondrio; 2.° da una dilatazione insolita della milza stessa; 3.° da un tumore di nuova formazione, nato in vicinanza di quest' organo. Nessun altro segno però induceva a credere vi fosse uno spandimento pleuritico. Noi abbiamo domandato al malato se mai avesse avuto qualche febbre intermittente, affezione che lascia sovente dopo di sè, qual vestigio di sua esistenza, un ingorgamento più o meno grande della milza: la sua risposta fu negativa. Il tumore che portava nell'ipocondrio sinistro erasi, a quanto diceva, formato a poco a poco. Tre anni prima aveva risentito in questo stesso ipocondrio un dolore vivissimo, che avevalo costretto a stare in letto per molti giorni; questo dolore era accompagnato da febbre; esso era stato combattuto con un salasso e con molte applicazioni di mignatte su l'ipocondrio; eragli stato detto allora che questo tumore fosse reumatico. Dopo quindici giorni cessò: ma da quest'epoca risentì continuamente una specie di molestia e di mal essere nell' ipocondrio sinistro; egli non erasi accorto dell' esistenza del tumore; esso era doloroso alla pressione, il decubito indifferente. Da questo insieme di circostanze noi fummo indotti a pensare che il tumore dipendesse dalla milza; lo riguardammo come sviluppato nel peritoneo, e originato verisimilmente da una infiammazione parziale di questa membrana, infiammazione la quale tre anni prima era stata annunziata dal dolore dell' ipocondrio sinistro. Il malato succumbette in breve ai progressi della sua tisichezza polmonare.

Sezione del cadavere.

Levate via le pareti addominali, trovossi nell' ipocondrio sinistro il tumore stato riconosciuto durante la vita. Esso aveva, per lo meno, il volume di due grossi aranci riuniti, separava in alto la milza dalle pareti addominali, ed estendevasi al basso fin presso la capsula surrenale. Aderenze assai intime l' univano alle varie parti colle quali era stato in contatto; era fluttuante al tatto. Al momento in cui fu inciso, ne schizzò un liquido di un bianco sporco, sero-purulento, e senza odore. Le pareti della cavità che lo contenevano erano formate da un tessuto biancastro, come cellulo-fibroso; queste pareti avevano, termine medio, quattro in cinque linee di grossezza. Nessun' altra lesione esisteva nel resto del peritoneo. Eranvi delle escavazioni tubercolose ne' polmoni, e delle ulcerazioni con tubercoli negl' intestini. Tornati ad un esame più attento delle pareti della borsa purulenta dell' ipocondrio sinistro, trovammo che in mezzo a questo tessuto cellulo-fibroso costituente le sue pareti erano sparsi in gran numero piccoli tubercoli. Quindi il medesimo processo d' infiammazione morbosa esistente in alto grado nel polmone e negl' intestini, effettuavasi pure nel solo altro punto del corpo in cui durante la vita era esistito un processo infiammatorio di lunga durata.

Questa osservazione merita di essere notata, 1.° sotto l' aspetto dell' etiologia del tumore, la cui origine fu una peritonite acuta limitata all' ipocondrio sinistro; 2.° sotto l' aspetto del diagnostico: era mestieri determinare se il tumore apparteneva o no alla milza; era

d'uopo assegnare una causa alla mutezza di suono della parte inferiore sinistra del torace; 3.° sotto l'aspetto della composizione anatomica del tumore in cui eransi sviluppati de' tubercoli, prova ulteriore fra quelle altrove date dell' etiologia sovente infiammatoria de' tubercoli; 4.° relativamente ai sintomi: passato il periodo acuto, questi sintomi son presso a poco nulli; ne' tre mesi da questo tumore impiegati a svilupparsi, il processo morboso di nutrizione e di secrezione ond' esso è sede viene annunciato soltanto da un poco di molesta sensazione nel punto ove succede; non puossi d' altronde sapere se avrebbe occasionato sintomi generali, perchè quelli che esistevano riconoscevano una causa sufficiente nell'esistenza della doppia affezione del polmone e degl' intestini. Suppongasi ora il tumore situato in modo da non essere valutabile al tatto (e questa supposizione avrebbe ben facilmente potuto realizzarsi), suppongasi questo medesimo tumore costituente la sola lesione che esistesse nel malato; la circolazione, la nutrizione e le varie secrezioni sarebbero state verisimilmente turbate. Come non sarebbesi allora stati imbarazzati a determinare la sede e la natura dell' affezione locale, causa e punto di partenza del turbamento delle funzioni!

Esaminando il cadavere di un altro individuo che io non aveva punto osservato, mentr' egli visse, ho trovato l' ipocondrio sinistro avente un tumor grosso quanto il pugno, con pareti fibrose, e riempiuto da molti acefalocisti; uno voluminosissimo e crepato, e cinque o sei altri più piccoli ed intieri, contenenti, come d' ordinario, nel loro interno un liquido limpido al pari dell' acqua di roccia; essi nuotavano in mezzo ad un altro liquido di un grigio sporco, separato dalle

pareti della gran borsa che formava il loro inviluppo comune. Questo tumore idatico, vedevasi cresciuto in mezzo al peritoneo; gli organi che lo attorniavano gli erano congiunti per mezzo di aderenze cellulose.

Io ho mostrato all'Accademia di Medicina il pezzo di anatomia patologica relativo ai fatti seguenti.

Un uomo venne alla Carità con un tumore voluminoso nell'addomine che riempiva i due ipocondrj e l'epigastrio; molti mesi prima aveva sentito un dolor sordo verso l'ipocondrio destro, ed aveva avuto l'itterizia. Questo tumore sembrava costituito dal fegato. Il malato morì dopo qualche tempo, e dopo aver presentato sintomi di tisichezza polmonare, di enterite e di peritonite. Alla sezione del cadavere, trovaronsi nel polmone de' tubercoli, uno spandimento siero-purulento, con pseudo-membrane nel peritoneo, rossezza nell'intestino grasso, e inoltre le due lesioni seguenti:

1.° Un tumore encistico, grosso quanto la testa di un feto a termine, situato fra il rene destro e la faccia concava del fegato; esso mostrava avere avuto origine nel peritoneo, aveva pareti fibrose, ed era pieno di un liquido purulento, in mezzo al quale nuotavano avanzi di membrane di idatidi acefalociste. Questo tumore ci parve essere stato da principio un sacco idatifero, in cui le idatidi erano state successivamente rotte, distrutte e supplite da pus (*). Il tumore aveva spostato il fegato, che respinto dall'ipocondrio destro faceva nell'epigastrio e nell'ipocondrio sinistro uno

(*) Parlando delle malattie di fegato ho avuto occasione di citare alcuni casi ne' quali ho pur trovato nel fegato alcune borse accidentali contenenti, al tempo stesso, del pus e de' frammenti d'idatidi.

sporto notabile. Era adunque effettivamente quest' organo che sentivasi, durante la vita, traverso le pareti addominali. Il suo lobo destro, compresso dal tumore, era stato soggetto ad una vera atrofia, e pel contrario il lobo sinistro aveva acquistato un volume insolito. La sua sostanza era sana.

2.° Un secondo cisto, ripieno pure d'idatidi acefalocisti crepate ed aggomitolate, vedevasi situato sul tragitto de' vasi biliari. Intorno alle membrane rotte delle acefalocisti, e fra esse stava deposta una materia analoga al sego, abbondante, simile a quella che trovasi alcuna volta in certi cisti delle ovaie, nelle quali essa è sovente mista a ciuffi di pelo.

A questo caso aggiugniamo anche il fatto seguente, raccolto alla Carità verso la fine del verno nel 1824.

Una donna di 28 anni venne allo spedale verso la fine del verno nel 1824; allora presentava la esistenza di un tumore renitente, elastico, indolente, nella regione dell'ipocondrio destro: esso pareva avere il volume di un grosso arancio; a sinistra non estendevasi su l'epigastrio; all'alto mostrava prolungarsi sotto il fegato. Imprimevasi agevolmente in esso qualche moto; non potevasi però spostarlo; d'altronde le altre funzioni erano in buon stato; nutrizione buona.

Questa donna era venuta allo spedale per essere liberata da siffatto tumore, che giusta le sue espressioni inquietavala più per l'avvenire di quello la tormentasse al presente.

Diagnostico. Tumore idatifero spettante verisimilmente al fegato. Dopo un assai breve soggiorno, l'ammalata uscì dallo spedale presso a poco nel medesimo stato. Dopo alcuni mesi vi entrò di nuovo: allora il tumore erasi aumentato alcun poco, ma, oltre a questo,

esistevano tutti i sintomi di una tisichezza polmonare. Deperimento negl' ultimi tempi, disgusto per gli alimenti, vomito, diarrea. Morte nel principio di giugno 1825.

Escavazioni tubercolose ne' polmoni; fegato sano, e così pure le sue dipendenze; al disotto del suo lobo di mezzo, e immediatamente in contatto con esso, appariva un tumor globuloso, con pareti elastiche e trasparenti, che aveva compresso a sinistra il duodeno e lo stomaco, ed estendevasi al basso, senza diminuire di volume, fino alla regione anale destra. Dalla parte superiore del suo lato interno staccavasi un condotto che si riconosceva essere l' uretere. Ivi questo tumore avrebbe potuto contenere tre grossi aranci. Esso racchiudeva molte idatidi voluminose; le sue pareti erano formate da una membrana fibro-sierosa, coperta all'indentro da uno strato di materia polposa grigia, di una natura difficile a determinarsi; una materia simile vedevasi aderente alla superficie interna di una di esse idatidi. Si credette da prima che fosse l' acefalocistide trasformata in una borsa idatifera; presto poi si potè assicurarsi essere soltanto un cisti sviluppato alla superficie interna del rene; solo quest' ultimo, molto più piccolo che nello stato normale, e in un vero stato di atrofia, trovavasi come nascosto nella parte interna del tumore; esso d' altronde era stato soggetto ad uno spostamento notabile; il suo tessuto vedevasi perfettamente sano. L' altro rene era nello stato normale.

CAPITOLO III.

INFIAMMAZIONE PARZIALE DEL PERITONEO DELL' ESCAVAZIONE DEL BACINO.

Questo genere di peritonite parziale è notabile, e per la frequente oscurità del suo diagnostico, e per la natura de' sintomi che produce. Io distribuirò in due classi le osservazioni che vi si riferiscono: in una verranno collocati i casi ne' quali, durante la vita, l'infiammazione del peritoneo pelviano non produsse tumore alcuno sensibile al tatto; nella seconda classe si comprenderanno gli altri casi in cui vi fu tumore da potersi riconoscere attraverso le pareti addominali. Verificato questo tumore, l'opera dell'osservatore non è compiuta, è mestieri ch'ei ne determini la natura, che stabilisca se spetta semplicemente al peritoneo o ad uno degli organi pelviani, perfezione di diagnostico alla quale non sempre si può arrivare.

Avvi un certo numero d'infiammazioni croniche del peritoneo pelviano che vengono annunciate soltanto dal dolore e dal deperimento del malato. È chiaro che nè l'uno nè l'altro di questi segni può valere a scoprire la natura dell'affezione che li cagiona. Il dolore è rare volte vivissimo; in alcuni è continuo; in altri torna solo ad intervalli, e questo ritorno sembra dipendente da inasprimenti passeggieri del peritoneo. In casi ne' quali non eravi altro sintomo locale oltra questo dolore, e in cui, al tempo stesso la nutrizione generale non era ancora alteratissima, venne riguardato malamente qual prodotto di una nevrosi. Io ho avuto occasione di osservare un caso di questo genere. Il soggetto ne era

stato una donna, la quale in seguito ad un primo parto era stata attaccata da un dolore che aveva la sua sede nell' ipogastrio, dietro l' osso pube, e che manifestavasi solo per modo d'intermittenza, a simiglianza di una nevralgia. Quando ritornava esso regnava nel luogo indicato ed era poco intenso; a momenti però facevasi lancinante; era allora assai forte per istrappare le grida all' ammalata, e propagavasi come per irradiazione verso il collo uterino; in alto, verso le pareti addominali, e indietro, nella regione lombare, ove l' ammalata diceva risentire dolori simili a quelli che esistono in un certo tempo del travaglio del parto. Tale si fu la narrazione da essa fattaci quando venne alla Carità. Quest' affezione quale io l' ho descritta, non rassomigliava forse ad una nevralgia? Ma quando venne assoggettata alla nostra osservazione, più non trovavasi in questo stato di semplicità. Già da un mese il dolore erasi fatto continuo; esso d'altronde era meno intenso di quando esisteva solo ad intervalli. La pressione dell' ipogastrio era dolorosa; il resto del ventre cedevole ed indolente. Il dimagramento era notabile, febbre piccola ed incessante; sudori frequenti. Era troppo evidente che la malattia non consisteva in una semplice nevralgia. Noi pensammo esistesse un'affezione cronica di una delle ovaie, o di una porzione del peritoneo che le attornia (*Mignatte; fomentazioni emollienti e narcotiche su l'epigastrio*). Medesimo stato presso a poco ne' 15 giorni successivi; poscia stabilissi una diarrea copiosa. L' addomine divien tutto teso e doloroso; l' ammalata s' indebolisce rapidamente e succumbe.

La sezione del cadavere mostrò nel peritoneo le tracce di una infiammazione acuta recente, che la tensione e i dolori generali dell' addomine avevano

annunziata negli ultimi giorni di sua vita (*Sierosità torbida con mistura di falde fibrinose amorfe*). La maggior parte della superficie interna dell' intestino grasso, come pure quella della fine dell' intestino tenue, erano vivamente injettate, lesione in rapporto colla diarrea sopraggiunta negli ultimi tempi. Queste alterazioni rendevano sufficiente ragione de' nuovi accidenti che, unitamente alla malattia primitiva, avevano accelerato il termine fatale; ma quale si era la causa dell' antico dolore ipogastrico? Noi la riconoscemmo in un tumore avente il volume di un piccolo arancio, situato profondamente nell' escavazione del bacino; esso vi era disposto in modo che la sua metà destra vedevasi interposta fra il corpo dell' utero ed il retto, mentre la sua sinistra, nascosta per davanti da un legamento largo, oltrepassava lateralmente questi due organi. Questo tumore conteneva una cavità divisa in molte borse incomplete, in ciascuna delle quali esisteva un liquido purulento. Le sue pareti erano formate da false membrane soprapposte, evidentemente nate in seno al peritoneo. — L' utero, le ovaie, il retto e la vescica non presentarono alcuna alterazione sensibile. Così questo dolore che aveva lunga pezza presentato i caratteri di una nevralgia, e che più tardi soltanto era parso collegato con una infiammazione cronica, riconosceva per causa una flemmasia limitata ad una piccola porzione del peritoneo pelviano, sordamente stabilitasi in seguito al travaglio del parto. Per quanto fosse circoscritta, questa flemmasia dopo un certo tempo di sua esistenza erasi fatta nondimeno una causa sufficiente di febbre e di deperimento graduale.

Ho osservato in un' altra donna la stessa specie di dolore, accompagnata dalla medesima serie di accidenti

e sopraggiunta egualmente dopo un primo parto; ma, dopo otto mesi di sofferenza, tutti gli accidenti dileguarono, ed ella ricuperò una salute perfetta. In quest' ultima eravi egli esistita la medesima affezione?

Tumori simili a quello ora descritto possono essere situati o svilupparsi in modo da comprimere gli organi che toccano, da difficoltare, per modo d' esempio, il corso delle materie fecali o dell'orina. Io ho veduto un caso, in cui, qual causa di una costipazione inveteratissima con deperimento progressivo, venne trovata nell' escavazione del bacino una borsa voluminosa, piena di pus, sviluppatasi nel peritoneo, con pareti dure, quasi fibrose; essa occupava il posto del retto, che, stiacciato sopra di essa a foggia di un nastro, era molto sviato a destra, nè più in rapporto col sacro. Le pareti dell' intestino non erano alterate; è però malagevole il pensare che se l' individuo avesse protratta ancora lungamente la sua esistenza, il retto non fosse stato per essere sottoposto alla sua volta a qualche lesione di tessitura, così compresso ed irritato come esso era dal tumore che lo aveva spostato. Allora avrebbe potuto succedere che, mediante una fistola stabilitasi fra la cavità del tumore e quella del retto, il pus venisse evacuato per la via dell' ano, e la guarigione si fosse effettuata. Non erasi creduto durante la vita ad un induramento scirroso delle pareti del retto. Le materie non uscivano che con estrema difficoltà e come traverso una trafila. Non eransi mai fatti sentire vivi dolori.

Ho veduto un altro caso in cui la cavità della vescica era presso a poco affatto distrutta dalla presenza di un tumore, in cui esisteva una cavità piena di pus e di frantumi d' idatidi. Sviluppatosi fra la vescica ed

il retto aveva respinto per davanti la parete posteriore del serbatoio orinario talmente, che questa parete toccava quasi l'orifizio dell' utero. I due ureteri, distesi da una quantità grande di orina, avevano quasi acquistato il volume di un intestino tenue. Ignoro quali sintomi fossero esistiti durante la vita.

Spiacemi di aver solo poche note insufficienti relative ad una donna, la quale durante un assai lungo soggiorno da essa fatto alla Carità, aveva presentato alla parte destra della regione ipogastrica un tumore voluminoso, doloroso al tatto, e che era stato riguardato appartenente all' ovaia.

Inciso il cadavere si trovò che la maggior parte dell' escavazione pelviana era occupata da un tumore rilevante che sporgeva molti traversi di dito sopra il pube; esso era prominente soprattutto verso la regione iliaca destra. Questo tumore non spettava ad alcuno degli organi situati nel bacino: le ovaie in ispecialità furono trovate intatte; esso aveva una cavità piena di pus.

Queste diverse specie di peritoniti parziali esistono meno sovente sole che qual complicazione di certe affezioni degli organi contenuti nel bacino, e specialmente dell' utero e delle ovaie. Così in un certo numero di metriti croniche trovasi intorno all' utero uno o più fochi purulenti, che hanno evidentemente la loro sede nel peritoneo.

Ecco un altro caso in cui uno di questi fochi purulenti era collegato con un' affezione dell' ovaia. Una donna, in età di 36 anni, cadde nell' acqua fredda mentre aveva le sue regole; queste furono soppresse, e allora la sua salute, che da prima era stata sempre buona, deteriorò rapidamente. Ella risentì un dolore

poco vivo, ma continuo, verso la regione ipogastrica; più tardi venne assalita da vomiti e da una copiosa diarrea; più tardi finalmente presentò i sintomi di una pleuro-pneumonia di cui morì sette od otto mesi circa dopo la sua caduta nell' acqua. Dietro l' utero, e a sinistra del retto ricalcato a destra, venne trovata una borsa accidentale che poteva contenere un arancio; essa era piena di un pus consistente, verdognolo, senza odore. Le pareti di questa borsa erano coperte da una membrana di apparenza mucosa; alla sinistra esisteva un altro tumore che pareva spettare all' ovaia ingrossata. Vedevasi effettivamente trasferirvisi l' estremità fluttuante della tromba di Fallopio ed il legamento ovario, e partirsene il legamento rotondo più voluminoso dell'ordinario; quest' ovaia era trasformata in una borsa piena di pus, la cui cavità avrebbe potuto ammettere una mela appiuola. Da uno de' punti di congiunzione de' due tumori precedenti elevavasi un terzo tumore oblungo, con pareti sottili e trasparenti; una sierosità limpida lo riempiva. — Uno de' polmoni vedevasi epatizzato; lo stomaco presentava alla sua superficie interna molte larghe piastre rosse, con rammollimento ed assottigliamento della mucosa; la medesima alterazione esisteva nell' intestino grasso.

Le infiammazioni parziali del peritoneo pelviano che hanno causato la formazione de' centri purulenti circoscritti da false membrane più o meno organizzate, hanno il più delle volte una terminazione funesta. La morte può succedere al deperimento sempre maggiore in cui l' individuo cade; prova luminosa della fatale influenza che esercita su la nutrizione e su la vita una flemmasia cronica poco estesa, e che non ha la sua sede in alcun organo importante. *A priori*, nessuna

gravezza parrebbe dover risultare dalla collezione di una mediocre quantità di pus in mezzo a false membrane separate parzialmente dal peritoneo, serbandosi intatto il resto di questa membrana, e nessun organo essendo affetto. Ma se questa flemmasia parziale basta a turbare la circolazione, ad alterare la nutrizione, a togliere all' individuo la sua energia fisica e morale, succede rare volte che, sola, produca la morte. Questa non soprarriva ordinariamente che quando in conseguenza del deperimento in cui trovasi già l' ammalato, una nuova flemmasia si stabilisce: talvolta è la peritonite che, di parziale ch' essa era lungamente restata, si fa ad un tratto generale; tal' altra sono varj organi che si alterano, ed in particolare il polmone od il tubo digerente; poichè è cosa notabile assai la facilità affatto speciale con cui questi due organi, e soprattutto l' ultimo, vengono attaccati da flemmasia nel corso o verso la fine di ogni malattia cronica. La morte viene assai più frequentemente causata da queste complicazioni, anzichè dalla malattia cronica stessa.

Il pus raccolto centralmente in un punto qualunque dell' escavazione del bacino si apre alcuna volta la strada all' esterno; e allora o la guarigione può effettuarsi, oppure, la suppurazione continuando ad operarsi e l' infiammazione non cessando, la terminazione della malattia è sempre funesta.

Un uomo di mezza età, attaccato già da più mesi da una diarrea cronica, presentava verso la regione iliaca sinistra un tumore doloroso alla pressione, la cui forma e i cui limiti difficilmente potevano determinarsi, sia in causa del dolore che le sue ricerche cagionavano, sia in causa dell' infiltramento notabile esistente nel tessuto cellulare attorniante. Dopo un certo

tempo la pelle si fece rossa al disopra del tumore, poscia aprissi spontaneamente, ed una quantità grande di pus scolò per quest' apertura. Tale avvenimento avrebbe potuto essere riguardato come felice, se ad un tempo stesso le forze del malato non fossero molto diminuite, e se la sua diarrea non si fosse fatta più copiosa. Egli non tardò guari a succumbere. La sezione del cadavere mostrò che il pus era uscito da una vasta borsa scavata nel mezzo di false membrane grosse, la cui superficie in contatto col pus aveva generalmente un grigio di ardesia, e in molti punti un nero carico. Tutti gli organi contenuti nel bacino erano affatto estranei alla collezione purulenta, che anche in questo caso erasi operata nel peritoneo. Nell' intestino grasso trovaronsi numerose ulcerazioni attorniate da una membrana mucosa assai densa, rugosa e nera. Tutta la superficie interna del cieco non presentava che una sola e vasta ulcerazione; nel polmone esistevano alcuni tubercoli.

Una donna aveva nel lato destro della regione ipogastrica un tumore voluminoso, duro, ineguale, e mediocremente doloroso. Ne' tre primi mesi del suo soggiorno allo spedale questo tumore restò stazionario. Dopo questo tempo l' ammalata espulse, per la prima volta, per secesso una quantità grande di materia purulenta che fu veduta da Tallon, allievo interno nel servizio di Lerminier. I giorni seguenti ne evacuò altra; poi questo scolo purulento cessò; ma più tardi manifestossi ancora a più riprese. Fino dal primo giorno in cui occorse siffatta evacuazione di pus, il volume del tumore diminuì, poi restò di nuovo stazionario. — L' ammalata stava meglio e abbandonò lo spedale. — È verisimile che le egestioni purulenti di questa don-

na avessero qualche relazione col tumore ipogastrico, e che la materia contenuta in esso siasi aperta un' uscita traverso il retto. Infatti non mai il pus esce dall' ano in copia sì grande ad un tempo, quando viene separato dalla membrana mucosa dell' intestino grasso; inoltre non bisogna dimenticare che siffatta evacuazione di pus coincidette con una diminuzione repentina di volume nel tumore. Non si può del resto proporre altro che congetture su la natura di quest' ultimo.

Finalmente, sonovi egli de' casi in cui il pus raccolto centralmente in un punto del peritoneo pelviano possa essere riassorbito, passare nelle vene, poi venire eliminato dalla massa del sangue, sia a poco a poco ed insensibilmente, sia in modo da costituire depositi purulenti in seno a differenti organi? Ecco a questo proposito un fatto che sembrami curioso, comunque vogliasi interpretarlo.

Una donna morì alla Carità poco dopo avere partorito. Il travaglio era stato estremamente laborioso. Durante il suo soggiorno allo spedale ci presentò nel suo stato due periodi. Il primo venne caratterizzato da dolori sordi nell'epigastrio, da una febbre continua con sudori copiosi durante la notte, e da un deperimento assai rapido. Il secondo fu segnato da una prostrazione subita ne' lineamenti del volto, da un delirio leggere e da copiosa diarrea. Questo secondo periodo fu breve e la morte seguì ben tosto.

Inciso il cadavere, trovaronsi le seguenti lesioni: 1.° uno stato d'ingorgamento e di rammollimento assai manifesto nel tessuto dell' utero; 2.° intorno a quest' organo molte collezioni purulenti racchiuse in borse le cui pareti erano formate da false membrane incro-

cicchiantisi in più versi; 3.° un poco di sierosità leggermente torbida, effusa nel resto del peritoneo; 4.° una viva injezione della fine dell' ileo, del cieco e del cominciamento del colon; 5.° una lesione più rara, su cui specialmente devesi ora arrestare l' attenzione: un gran numero di vene situate nell' escavazione del bacino ci fecero sorpresa col loro stato di distensione; esse erano riempiute da un sangue coagulato cui era commisto, sotto forma di sparse goccioline, un liquido biancastro che le persone assistenti all' autopsia paragonarono a pus. Le pareti stesse di queste vene non presentarono alterazione alcuna sensibile. Il sangue contenuto nella vena iliaca primitiva e nella vena cava inferiore presentava il medesimo aspetto. Nulla più di simile trovossi nelle cavità destre del cuore, e neppure nel restante dell' apparecchio circolatorio. Ma inciso il polmone destro, che veduto esternamente pareva sanissimo, trovossi in tre punti il suo parenchima compresso da collezioni di pus talmente gradi che, nello spazio di due di esse avrebbe potuto introdursi una noce, e nel terzo una nocciuola. Intorno a questi ascessi il parenchima polmonare non presentava alterazione alcuna sensibile. Nel fegato venne osservato un ascesso, il quale, al pari di quelli del polmone, esisteva senza lesione del parenchima all' intorno. Finalmente nel cervello, al livello e al di fuori di uno dei talami ottici, mostrossi un altro centro di pus avente la grandezza di una grossa nocciuola, e che non era accompagnato da veruna injezione o rammollimento della sostanza cerebrale attorniante.

Ho avuto occasione di osservare altri fatti simili al precedente sotto l' aspetto di queste collezioni purulenti trovate simultaneamente in differenti organi, senza

traccia d'infiammazione di questi. È specialmente in conseguenza di grandi operazioni chirurgiche, di parti laboriosi seguiti da metrite, di suppurazioni lungamente esistite, che ho osservati simili casi. Nel fatto particolare di che qui trattasi, e non sembra egli che il pus, primitivamente formatosi nell' escavazione del bacino, sia stato assorbito, portato nelle vene ove fu trovato, intimamente misto nel cuore col restante del sangue, dove più non fu possibile riconoscerlo, poscia depositato nel parenchima del polmone, del fegato e del cervello; a quel modo che nelle esperienze su gli animali veggonsi più sostanze introdotte nel tessuto cellulare mischiarsi col sangue, ed esserne separate *in natura* alla superficie o nel parenchima di differenti organi? (*)

(*) Ho già avuto occasione di discutere questa quistione, che è stata trattata da Velpeau con grande sagacità (*Revue Médicale*, giugno e luglio 1826) sia in una tesi su le Crisi, sostenuta pel concorso dell'aggregazione nel 1824, sia ne' miei corsi del 1825 e 1826, sia nel secondo volume della *Clinica.* Se nuovi fatti tendono definitivamente a far risolvere questa quistione in modo affermativo, agli ascessi idiopatici ed a quelli per congestione sarà mestieri aggiugnere gli ascessi per trasporto metastatico del pus, mediante la circolazione, sopra differenti organi, senza preventiva infiammazione di questi. Forse non è neppur lontano il tempo in cui tornerassi anche ad un' idea di Dehaen, il quale ammetteva che, in alcune circostanze il pus può formarsi per intiero nel sangue, come vi si vede formarsi l'urea nello stato fisiologico. È bene rammentarsi alcuna volta nelle scienze, e specialmente in medicina, il pensiere del poeta latino:

Multa renascentur quae jam cecidere, cadentque
Quae nunc sunt in honore.

(Nota della prima Edizione).

CAPITOLO IV.

INFIAMMAZIONI PARZIALI DEL TESSUTO CELLULARE SOTTO-PERITONEALE.

Sembrami conveniente parlare di queste infiammazioni in seguito alle diverse peritoniti parziali sopra descritte; è infatti un complemento della loro storia. In primo luogo i sintomi della maggior parte delle affezioni del tessuto cellulare sotto-peritoneale si confondono co' sintomi delle malattie del peritoneo stesso; secondariamente poi le ricerche recenti di Ribes e Gendrin tendono a far ammettere esservi pochissima differenza, rispetto alla loro tessitura, fra il peritoneo propriamente detto e il tessuto cellulare ad esso sottoposto, e che sotto questo tessuto cellulare avvengono molti fenomeni fisiologici o patologici, la cui sede esclusiva viene ordinariamente posta nella lamina sottile chiamata peritoneo.

XXXI. OSSERVAZIONE.

Tumore sviluppato sotto l' epiploo gastro-epatico, che poteva essere riguardato durante la vita, in causa della sua situazione e de' sintomi da esso prodotti, per un tumore del fegato e dello stomaco. Itterizia.

Un uomo in età di 71 anno, muratore, fece una caduta sopra i lombi durante il mese di luglio 1821. Egli si tenne a letto per alcuni giorni, poscia tornò alle sue occupazioni ordinarie. Nel mese di ottobre dello stesso anno cominciò a risentire dolori poco intensi e passeggieri nella parte destra dell'epigastrio. A poco a

poco divennero più forti e continui. Al tempo stesso perdita di appetito; rutti; vomiti di acque acide; costipazione; diminuzione di forze, dimagramento; sviluppamento graduale di un tumore nell' ipocondrio destro. Li 25 dicembre il malato venne allo spedale e presentò i sintomi ora descritti. Alla destra dell' epigastrio esiste un tumore che occupa, sotto al lembo delle coste, un' estensione di cinque traversi di dito in altezza; esso è globuloso, immobile, dolorosissimo alla pressione. La faccia ha un color giallo paglierino apparentissimo. La lingua mostra il suo aspetto naturale. Il polso è debole e senza frequenza; la pelle secca e ruvida. — Medesimo stato i tre dì seguenti (*Brodo di vitello con emulsione; tisana di cicoria con 24 grani acetato di potassa; serviziale purgativo; cataplasmi emollienti sul tumore*; *brodi e vermicelli*).

Li 28 dicembre un colore itterico apparentissimo esisteva su le congiuntive e su tutta la pelle.

Li 19 l' itterizia persiste; avvi un legger turbamento d' intelligenza, la faccia alterata in singolar modo; polso esile. Ne' due giorni seguenti la prostrazione si fa sempre maggiore; l' intelligenza è presso che annientata, e la morte avviene il primo di gennaio.

Sezione del cadavere.

Levate via le pareti addominali, si vide verso la parte destra dell' epigastrio un tumore che aveva il volume di due pugni riuniti, circoscritto al basso dalla piccola curvatura dello stomaco, in relazione superiormente col lobo sinistro del fegato e del diaframma, e riposante indietro su l' aorta. Questo tumore aderiva fortemente al lembo diaframmatico ed alla faccia po-

steriore dello stomaco, e faceva all' interno di quest' organo, nella porzione pilorica, uno sporto considerabile: cionnondimeno lo stomaco stesso non presentava altra alterazione nelle sue tuniche che un poco di rossezza della mucosa verso il fondo cieco. Questo tumore era formato da' tessuti scirroso ed encefalico allo stato di crudezza, con deposito di materia tubercolosa in alcuni punti. Non potei ben conoscere se questo tumore all'indietro comprimesse i canali biliari. La prima porzione del duodeno era sana; vedevavisi, come d' ordinario, un gran numero di follicoli mucosi trasparentissimi, molti de' quali presentavano un punto nero alla loro sommità; ma nelle altre due porzioni di questo intestino osservavasi una rossezza vivissima; si sarebbe detto che le valvole conniventi fossero state tinte da sangue. L'orifizio del canale coledoco conteneva un tubercolo rosso, ed era molto più sporgente dell' ordinario. Nelle prime anse del digiuno le tracce d' infiammazione sparivano a poco a poco: più non vi si trovavano nel resto del tubo digerente. Il fegato non parve alterato; nulla trovossi d' insolito ne' canali biliari. Nulla di notabile negli altri organi dell' addomine, del torace e del cranio.

Questo individuo aveva presentato, durante la vita, tutti i segni razionali di un' affezione organica dello stomaco, ed era naturale riguardar il tumore come appartenente a quest' organo. Cionnondimeno questo diagnostico, che sembrava fondato sopra basi tanto sicure, non era giusto. Lo stomaco era sano; ma la compressione cui veniva assoggettato dal tumore sviluppatosi ne' suoi dintorni e l'obliterazione di una parte della sua cavità per opera di questo stesso tumore, danno suf-

ficiente ragione de' varj sintomi di gastrite cronica dal malato presentati. A proposito di questo fatto particolare io non penso dover discutere lungamente su l' origine e la natura del tumore.

Ricorderò soltanto, rispetto alla sua origine, essere possibile che la caduta fatta sui lombi, vale a dire una causa irritante, abbia contribuito a produrlo. Circa alla sua natura farò notare ch' esso era sviluppato in un tessuto cellulare, e confrontandolo con altri tumori la cui natura ho cercato altrove di approfondare, lo riguarderò qual prodotto di una ipertrofia, e di un induramento di questo tessuto cellulare.

I nuovi sintomi apparsi negli ultimi giorni dell' esistenza del malato, l' itterizia, gli accidenti cerebrali, lo stato di prostrazione in che cadde rapidamente, non trovarono la loro spiegazione in veruna affezione del fegato e dell' encefalo; eravi però una notabilissima infiammazione del duodeno, gonfiamento della mucosa intorno all' orifizio del canale escretorio della bile.

XXXII. OSSERVAZIONE.

Ascesso intorno ad un rene. Atrofia di questo.
Molti sintomi di nefrite cronica.

Una donna, nell' età di 40 anni, risentiva da lungo tempo un dolor sordo alla parte posteriore del fianco destro. Passò circa un anno tuttavia senza che la sua salute fosse alterata; ma dopo questo tempo le digestioni si turbarono; sopraggiunsero di tempo in tempo de' vomiti, il dolore si fece più vivo ed un moto febbrile stabilissi ciascuna sera. Quando questa donna venne alla Carità, 18 mesi circa dopo che aveva cominciato

a manifestarsi il dolore de' reni, era in uno stato di marasmo già molto inoltrato; il polso sentivasi abitualmente frequente; i sudori ricorrevano ogni notte. Il decubito sul lato sinistro era il solo possibile. La causa di questi sintomi sembrava risiedere in una lesione del rene destro, annunziata: 1.° dall' antico dolore onde il fianco destro era sede; 2.° da una tumefazione notabilissima della parte posteriore di questo medesimo fianco, che era dolorosissimo mediante una pressione anche leggiera; 3.° dal carattere delle orine che erano rosse, e deponevano un sedimento biancastro. Molte applicazioni di sanguisughe vennero fatte senza successo. L' impastamento della regione renale destra, si fece sempre più grande; il membro addominale destro infiltrossi; una copiosa diarrea si stabilì, ed il malato uscì di vita dopo un soggiorno di forse quattro mesi allo spedale.

Autopsia del cadavere.

Il colon ascendente era sollevato e respinto verso la linea mediana da un tumore voluminoso che occupava il luogo del rene. Appena lo scalpello vi fu introdotto per alcune linee, si vide spicciare un pus bianco gialliccio copiosissimo. Esso era contenuto in una borsa limitata per davanti dal peritoneo che passava dinanzi ad essa ed erane sollevato; indietro, la membrana aponeurotica sulla quale il rene riposa, era distrutta, e vedevasi del pus infiltrato fra' muscoli fin presso la pelle de' lombi. In alto, questo pus era separato dal fegato mediante un tessuto cellulare duro e grosso, e al basso, questo medesimo tessuto cellulare gli toglieva il potersi estendere dal lato della fossa iliaca. In mezzo a quest' ampia borsa purulenta non trovavasi più altro

vestigio del rene che un corpo, il quale non aveva il quarto in volume del rene ordinario, ma ne aveva la forma e la struttura, e dal quale partiva l' uretere. L' altro rene era sano; la superficie interna della vescica presentava un colore di ardesia ed un aspetto rugoso. La membrana mucosa del colon era molle, come polposa, senz' essere rossa. Il fondo cieco dello stomaco era notabile per l'estrema sottigliezza delle sue pareti, che in molti punti non sembravano più effettivamente costituite che dal peritoneo.

Le lesioni trovate sul cadavere di questo individuo rendono pienamente conto de' sintomi osservati durante la vita. Fermeremo l' attenzione su quell' atrofia del rene che parve effettuarsi nel tempo stesso in cui il tessuto cellulare intorno ad esso diveniva sede di un processo morboso più attivo. Sembra che in questo caso la nutrizione eccessiva nel tessuto cellulare si operasse a discapito del rene.

XXXIII. OSSERVAZIONE.

Ascesso nel muscolo psoas, con distruzione del periostio delle vertebre in contatto col pus. Ascite.

Un imbiancatore di case, in età di 45 anni, era stato più volte alla Carità assoggettato alla cura della colica saturnina. Vi entrò l' ultima volta accusando ancora dolori addominali da lui ascritti, al pari de' precedenti, al maneggiamento delle preparazioni di piombo; in breve però si fu convinto che riconoscevano altra causa. Ecco infatti ciò che noi abbiamo comprovato: quattro mesi prima di venire alla Carità, questo malato aveva incominciato a sentire alla region lombare, specialmente a sinistra, un dolor profondo che la

pressione non aumentava, ma crescente col camminare e co' varj moti del tronco. Nel corso de' tre primi mesi egli aveva continuato, quantunque con difficoltà, le sue occupazioni ordinarie; ma dopo questo tempo il dolore lombare si estese all'addomine; il camminare si rese impossibile, e poco dopo il ventre cominciò a gonfiarsi. Quando noi vedemmo questo malato, aveva un'ascite non dubbia, ed oltre a ciò i due membri addominali erano infiltrati, come pure lo scroto. La faccia era pallida e notabilmente emaciata, al pari de' membri toracichi. Il polso frequente; la pelle calda. La coscia sinistra restava immobile e mezzo ripiegata; quando il malato cercava imprimerle alcun moto, i dolori che risentiva profondamente nell' addomine e ne' lombi dal lato sinistro aumentavano molto d' intensità; veniva nondimeno sollevata senz' accrescere questi dolori. Il malato sudava copiosamente ciascuna notte; tossiva da molti mesi, espettorava sputi verdognoli ed opachi (*Vescicanti alle gambe; frizioni e bevande diuretiche*). Questo malato restò tre mesi allo spedale, senza che il suo stato cangiasse in modo sensibile; poi formossi sul sacro una larga escara, i cui progressi nulla valse ad arrestare; una coscia divenne sede di una vasta risipola; allora il malato cadde rapidamente in uno stato adinamico, nè tardò guari a succumbere. Negli ultimi tempi di sua esistenza aveva avuto una espettorazione simile a quella che osservasi sovente, alla Carità, ne' tisici: in mezzo ad un liquido simile ad acqua con gomma vedevansi sospese falde grigiastre. Veggasi su questo proposito il tomo secondo.

Sezione del cadavere.

Una quantità grande di sierosità limpida esisteva

nella cavità peritoneale. Nulla indicava, anatomicamente parlando, che questa ascite fosse susseguita ad una peritonite. — Al disotto e all'infuori della lama peritoneale che dai reni ripiegavasi sul lato sinistro della colonna vertebrale per formare una delle tuniche del mesenterio, esisteva un' enorme collezione di pus. Essa occupava il luogo del muscolo psoas di cui trovavansi solo alcune fibre sparse, le quali terminavano inferiormente al suo tendine rimasto intatto. Il pus toccava immediatamente il corpo delle vertebre che era spogliato dal suo periostio e rugoso. Trovavasi pure del pus sotto l' arco crurale; ed esisteva in gran copia fra i muscoli della parte interna della coscia, nel suo terzo superiore all' incirca.

La membrana mucosa dello stomaco era di un grigio-ardesia, il resto del tubo digerente vedevasi leggiermente injettato in alcuni punti; d' altronde, sano. I bronchi erano rossi, il parenchima polmonare ingorgato e senza tubercoli. — La rossezza erisipelatosa della pelle della coscia continuava; l' ulcerazione gangrenosa della pelle del sacro aveva denudata una parte di quest' osso.

Questa osservazione dà un esempio della malattia descritta, da alcuni anni, sotto il nome di psoite. Sembrami almeno assai dubbioso che nel caso in discorso la malattia abbia cominciato con un' affezione del muscolo stesso. Non vedesi infatti quasimai un semplice reumatismo muscolare, terminarsi per suppurazione; quella occorsa nel caso nostro su la parte laterale sinistra del rachide, sembrami piuttosto che abbia avuto il suo punto di partenza in una infiammazione stabilitasi sordamente del tessuto cellulare sotto-peritoneale ed intermuscolare di questa parte. Essa non fu per

lungo tempo annunziata da altro sintomo che da un dolore lombare; come nella precedente osservazione, abbiamo veduto un dolore formatosi al fianco essere il solo segno che annunziò per lungo tempo la formazione di un ascesso intorno ad un rene. La distruzione del muscolo psoas, in mezzo a cui esisteva il pus, non fu consecutivo alla flemmasia del tessuto cellulare, le sue fibre sparirono a poco a poco, come sparì il periostio del corpo delle vertebre. Noi troviamo un simile stato de' muscoli in un gran numero di antichi flemmoni delle membra. L' immobilità della coscia dal lato offeso, l' estremo dolore che produceva ogni contrazione tendente ad imprimerle il moto, sono stati notati quai sintomi di psoite; questi fenomeni erano distintissimi nel nostro malato. L' ascite, l' infiltrazione dello scroto e de' membri addominali, furono consecutive all' ascesso sotto-peritoneale. Ne dipendevano esse? Non trovossi, per lo meno, nessun' altra causa cui potessero attribuirsi.

Ho detto altrove quale importanza era mestieri accordare a' caratteri degli sputi onde trarre il diagnostico dell' esistenza de' tubercoli polmonari. Nel nostro caso osservaronsi pel corso di molti giorni questi sputi a falde, che vengono riguardati da taluno come speciali alla tisichezza, e nondimeno eravi semplice bronchite cronica. Questa esisteva da lungo tempo, pure nessun tubercolo erasi formato nel polmone: non eravi adunque disposizione alla secrezione tubercolosa, il che concordava affatto colla natura del pus formatosi sotto il peritoneo lombare: esso era denso, omogeneo, e non separato in grumi, più o meno sieroso, qual trovasi più ordinariamente negl' individui disposti ai tubercoli; tanto è vero che il processo locale

produttivo de' tubercoli è collegato con una disposizione generale de' solidi e de' fluidi, che si manifesta con modificazioni notabili nella nutrizione e nelle secrezioni.

XXXIV. OSSERVAZIONE.

Tumore con pareti cartilaginose, contenente una materia grassa e peli, sviluppatosi fra le lamine del mesenterio.

Una negra, nell' età di 59 anni, venne alla Carità in uno stato di marasmo e di debolezza estrema. Non si potè avere da essa nessuna istruzione relativamente agli accidenti cui fino allora era stata soggetta. Al disotto dell' ombilico il tatto faceva conoscere un tumore rotondo e mobile; esso prolungavasi verso l' ipogastrio; sia per la forma, sia per la situazione, rassomigliava molto all' utero disteso. — Questa donna morì due giorni dopo il suo ingresso.

Autopsia del cadavere.

Fra le lame del mesenterio, al di fuori quindi del peritoneo, sporgeva davanti le vertebre lombari un tumore grosso come la testa di un fanciullo nascente, irregolarmente ovale. Il suo inviluppo era cartilaginoso: fu mestieri di forte scalpello per scalfirlo. Questo tumore era tutto pieno di una materia bianco-giallastra, nè poteva essere meglio paragonata che a sego. Vi si trovavano sparsi un gran numero di peli liberi alle due estremità, e che non presentavano nè tumefazione, nè bulbo. Oltre questi peli isolati, si trovò nel mezzo della materia sevosa un gruppo di peli commisti fra di loro in modo da formare inestricabili nodi. Esso aveva il volume di due noci riunite.

Fine del Tomo quarto.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO TOMO

CONTINUAZIONE DEL LIBRO PRIMO

MALATTIE DEL TUBO DIGERENTE.

LIBRO SECONDO

MALATTIE DEL FEGATO E SUE DIPENDENZE.

LIBRO TERZO

OSSERVAZIONI SU LA PERITONITE.

(*) Si sostituisca al vocabolo *articolo*, pag. 180, 216 e 254, la parola *capitolo*. Errore derivato dalla edizione francese.

